UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BIBIANE DIAS MIRANDA PARREIRA

# Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais

Ribeirão Preto
2016

BIBIANE DIAS MIRANDA PARREIRA

# Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz

Ribeirão Preto
2016

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.

Parreira, Bibiane Dias Miranda
Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2016.

154f.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Gomes-Sponholz, Flávia.

1. Saúde Mental. 2. Transtorno Depressivo. 3. Ansiedade. 4. Saúde da Mulher. 5. Saúde Reprodutiva. 6. População Rural. 7. Enfermagem. 8. Saúde Pública.

PARREIRA, Bibiane Dias Miranda
Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:___/___/___

Banca Examinadora

Profa. Dra._____

Instituição:_____

Profa. Dra._____

Instituição:_____

Profa. Dra._____

Instituição:_____

Profa. Dra._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

***Dedico*** *esta tese à minha família...*

*Aos meus pais,* ***Maurílio*** *e* ***Neuza****, sempre tão presentes na minha vida. Obrigada pelo incentivo, amor e carinho. Por cuidarem do Rafael, com tanta dedicação e amor. Agradeço-lhes por tudo! A minha vitória é de vocês também!*

*Ao meu amado marido,* ***Pablo****, pelo apoio, compreensão e amor. Seu carinho e cuidado me fazem transpor obstáculos e concretizar sonhos.*

*Ao meu filho* ***Rafael****, pelo amor incondicional. Seu sorriso e carinho me fortalecem a cada dia.*

*Ao meu irmão* ***Erick****, pelo carinho e atenção.*

***Amo vocês!!!***

## *AGRADECIMENTOS*

*Agradeço a **Deus**, por mais esta oportunidade de crescimento pessoal e profissional na minha vida.*

*À minha orientadora, **Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz,** pela confiança depositada em mim. Agradeço-lhe pelo carinho e ensinamentos e por fazer, dessa etapa, um processo prazeroso e tranquilo.*

*Ao **Prof. Dr. Vanderlei Haas**, pelo apoio, disponibilidade e ensinamentos que foram tão essenciais e enriquecedores para meu trabalho e para minha vida profissional.*

*À amiga **Bethania Ferreira Goulart**, sempre tão presente! Obrigada pela sua doçura, pelas palavras de incentivo, carinho e amizade sincera.*

*À amiga **Marina Aleixo Diniz**, pela amizade, carinho e auxílio. Admiro-a!*

*À amiga **Flávia Dias**, pelo carinho, paciência e disponibilidade. Profissional exemplar e amiga querida.*

*À amiga **Mariana de Oliveira Fonseca-Machado**, pela amizade, carinho, apoio e auxílio. Mesmo não mais fisicamente entre nós, ainda se faz tão presente em minha vida e no meu coração. Minha eterna gratidão e admiração!*

*Aos meus sogros, **Rosângela** e **Belmiro**, pelo carinho e por cuidarem do meu filho nos momentos que precisei, com todo amor e atenção.*

*À **Profa. Dra. Sueli Riul da Silva**, sempre tão presente no meu crescimento profissional. Obrigada pelo carinho!*

*Às **Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro** e **Dra. Zeyne Alves Pires Scherer**, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação.*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aos **docentes** e **funcionários**, ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, à **Shirley**, pela receptividade, apoio e atenção.*

*À **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, pela oportunidade de realização desta qualificação profissional.*

*Ao **Centro de Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, coordenadores, docentes e técnicos administrativos, pelo incentivo e apoio.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba–MG**, pela autorização para realização da coleta dos dados.*

*À **equipe** da Unidade Básica de Saúde e da Estratégia Saúde da Família Santa Rosa, em especial aos agentes comunitários de saúde, pela receptividade, acolhimento, colaboração e empenho na coleta dos dados. Obrigada pela vivência e carinho.*

*Às **mulheres** participantes do estudo, pela confiança, disponibilidade e carinho com que me receberam. Vivenciei momentos que ficarão para sempre lembrados!*

## RESUMO

PARREIRA, B.D.M. **Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba-Minas Gerais. 2016**. 154 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Este estudo teve como objetivo analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre a saúde mental de mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG. Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, realizado com 280 mulheres com idade entre 15 e 49 anos e residentes na zona rural do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, entre outubro de 2014 e maio de 2015. A coleta de dados foi realizada no domicílio das mulheres participantes, por meio dos instrumentos de caracterização sociodemográfica e econômica; comportamental; de saúde reprodutiva - ginecológica e obstétrica; *Self-Reporting Questionnaire*; *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* e *Inventário de Depressão de Beck*. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0. Utilizamos a análise univariada, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central, desvio-padrão e medidas de variação. Para a análise bivariada e multivariada dos dados, utilizamos os testes estatísticos: Qui-Quadrado, razões de prevalência, razões de chances de prevalência brutas, Teste *t*-Student, correlação de *Pearson*, regressão logística múltipla e regressão linear múltipla. As participantes do estudo tinham em média 33,6 anos e sete anos de estudo. A maioria considerou-se branca, era casada ou em união estável, católica, considerada do lar, sem renda individual mensal, renda individual de um salário-mínimo, renda familiar entre um e dois salários-mínimos, o companheiro era o principal provedor da família e residiam no domicílio de duas a quatro pessoas. A maioria não realizava atividade física, não tinha doença crônica, não fumava, não fazia uso de bebidas alcóolicas e de drogas ilícitas, tinha atividades de lazer e boa convivência com o companheiro. A maioria usava métodos anticoncepcionais, entre eles a laqueadura tubária e o hormonal oral. O principal local de aquisição dos contraceptivos foi “outros” (hospital e ambulatório) e a farmácia. A maioria frequentou o ginecologista, realizou Papanicolau, palpação das mamas e mamografia e não teve doença sexualmente transmissível. Apresentaram média de 2,8 gestações, 1,5 aborto, e 2,5 filhos vivos. A maioria não planejou a última gravidez e realizou pré-natal. A prevalência de transtorno mental comum foi de 35,7%. Os escores médios dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço foram de 38,3 e 41,4 pontos, respectivamente, e o escore médio dos sintomas de depressão foi de 8,3 pontos entre as participantes. Após se ajustar ao modelo de regressão logística múltipla, a convivência ruim com o companheiro e a escolaridade associaram-se com o transtorno mental comum. Os modelos de regressão linear múltipla ajustados identificaram que aquelas que referiram convivência ruim com o companheiro e maior número de filhos tiveram maiores escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço e as com menor idade, maior escore dos

sintomas de ansiedade-traço. Aquelas com convivência ruim com o companheiro e maior número de filhos apresentaram maior escore dos sintomas de depressão. Ressalta-se a importância da transformação da prática de trabalho em saúde, incorporando ações efetivas relacionadas à saúde mental e reprodutiva das mulheres rurais.

Descritores: Saúde Mental. Transtorno Depressivo. Ansiedade. Saúde da Mulher. Saúde Reprodutiva. População Rural. Enfermagem. Saúde Pública.

## ABSTRACT

PARREIRA, B.D.M. **Mental and reproductive health of women in a rural area of Uberaba – Minas Gerais. 2016**. 154p. Thesis (Doctorate) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

This study was intended to analyze the influence of sociodemographic, economic, behavioral and reproductive health variables on the mental health of women of childbearing age, living in the rural area of Uberaba-MG. This is an observational study, with cross-sectional design, involving 280 women aged between 15 and 49 years, living in the rural area of the city of Uberaba, Minas Gerais, Brazil, between October 2014 and May 2015. Data collection took place in the homes of the participating women, through the instruments of sociodemographic and economic; behavioral; reproductive health - gynecological and obstetrical characterization; Self-Reporting Questionnaire; State-Trait Anxiety Inventory and Beck's Depression Inventory. Data were analyzed by means of the Statistical Package for Social Sciences software, version 20.0. We used univariate analysis, through the distribution of absolute and relative frequencies, measures of central tendency, standard deviation and measures of variation. In order to perform the bivariate and multivariate analysis of data, we used the following statistical tests: Chi-Square, prevalence ratios, gross prevalence odds ratios, Student's t-test, Pearson's correlation, multiple logistic regression and multiple linear regression. Study participants had an average of 33.6 years and seven years of schooling. Most of them identified themselves as white, married or in a stable union, Catholics, housewives, without monthly individual income, with individual income of a minimum wage, with family income between one and two minimum wages, and they lived in households composed of two to four people, where their partners were the main family providers. Most of them did not perform physical activity, did not have chronic diseases, did not smoke, did not use alcoholic drinks and illicit drugs, had leisure activities and a good coexistence with their partners. Most of them used contraceptive methods, including tubal sterilization, as well as oral and hormonal medicines. The main places of acquisition of contraceptives were "others" (hospital and outpatient clinic) and the drugstore. Most of them attended the gynecologist, underwent Pap smear, breast palpation and mammography, and did not have sexually transmitted diseases. They had an average of 2.8 pregnancies, 1.5 abortions and 2.5 children born alive. Most of them did not plan the last pregnancy, but performed prenatal care. The prevalence of common mental disorder was 35.7%. The average scores of the state anxiety and trait anxiety symptoms were 38.3 and 41.4 points, respectively, and the average score of the depression symptoms was 8.3 points among the participants. After being adjusted to the multiple logistic regression model, the bad coexistence with the partner and the schooling were associated with the common mental disorder. The adjusted multiple linear regression models identified that those who reported a bad coexistence with the partner and a greater number of children had higher scores of the state anxiety and trait anxiety symptoms,

and those with younger ages had a higher score of the trait anxiety symptoms. Those with bad coexistence with the partner and greater number of children showed a higher score of depression symptoms. It is worth emphasizing the importance of the transformation of the health work practice, thus incorporating effective actions related to the mental and reproductive health of the rural women.

**Descriptors:** Mental Health. Depressive Disorder. Anxiety. Women's Health. Reproductive Health. Rural Population. Nursing. Public Health.

**RESUMEN**

PARREIRA, B.D.M. **Salud mental y reproductiva de mujeres en área rural de Uberaba-Minas Gerais. 2016.** 154f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de variables sociodemográficas, económicas, comportamentales y de salud reproductiva sobre la salud mental de mujeres en edad fértil, residentes en la zona rural del municipio de Uberaba-MG. Se trata de un estudio observacional, con delineamiento transversal, realizado con 280 mujeres con edad entre 15 y 49 años y residentes en la zona rural del municipio de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, entre octubre de 2014 y mayo de 2015. La colecta de datos fue realizada en el domicilio de las mujeres participantes, por medio de los instrumentos de caracterización sociodemográfica e económica; comportamental; de salud reproductiva - ginecológica y obstétrica; *Self-Reporting Questionnaire*; *Inventario de Ansiedad Trazo-Estado* y *Inventario de Depresión de Beck*. Los datos fueron analizados en el *software Statistical Package for Social Sciences*, versión 20.0. Utilizamos el análisis univariado, por medio de la distribución de frecuencias absolutas y relativas, y medidas de tendencia central, desviación estándar y medidas de variación. Para el análisis bivariado y multivariado de los datos, utilizamos los testes estadísticos: Chi-Cuadrado, razones de prevalencia, razones de chances de prevalencia brutas, Teste *t*-Student, correlación de *Pearson*, regresión logística múltiple y regresión linear múltiple. Las participantes del estudio tenían en promedio 33,6 años y siete años de estudio. La mayoría se consideró blanca, era casada o en unión estable, católica, considerada “del hogar”, sin rienda individual mensual, rienda individual de un sueldo-mínimo, rienda familiar entre uno y dos sueldos-mínimos, el compañero era el principal proveedor de la familia y residían en el domicilio de dos a cuatro personas. La mayoría no realizaba actividad física, no tenía enfermedad crónica, no fumaba cigarrillos, no hacía uso de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas, tenía actividades de descanso y buena convivencia con el compañero. La mayoría usaba métodos anticoncepcionales, entre ellos la ligadura de trompas y el hormonal oral. El principal local de adquisición de los contraceptivos fue “otros” (hospital y ambulatorio) y la farmacia. La mayoría frecuentó el ginecólogo, realizó Papanicolau, palpación de las mamas y mamografía y no tuvo enfermedad de transmisión sexual. Presentaron promedio de 2,8 gestaciones, 1,5 abortos, y 2,5 hijos vivos. La mayoría no planeo la última gravidez y realizó prenatal. La prevalencia de trastorno mental común fue de 35,7%. Los escores promedios de los síntomas de ansiedad-estado y ansiedad-trazo fueron de 38,3 y 41,4 puntos, respectivamente, y el escore promedio de los síntomas de depresión fue de 8,3 puntos entre las participantes. Después de ajustar al modelo de regresión logística múltiple, la mala convivencia con el compañero y la escolaridad se asociaron con el trastorno mental común. Los modelos de regresión linear múltiple ajustados identificaron que aquellas que refirieron mala convivencia con el compañero y mayor número de hijos tuvieron mayor escore de los síntomas de ansiedad-estado y

ansiedad-trazo y las con menor edad, mayor escore de los síntomas de ansiedad-trazo. Aquellas con mala convivencia con el compañero y mayor número de hijos presentaron mayor escore de los síntomas de depresión. Se resalta la importancia de la transformación de la práctica del trabajo en salud, incorporando acciones efectivas relacionadas a la salud mental y reproductiva de las mujeres rurales.

Descriptores: Salud Mental. Trastorno Depresivo. Ansiedad. Salud de la Mujer. Salud Reproductiva. Población Rural. Enfermería. Salud Pública.

## LISTA DE TABELAS


Tabela 1- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba-MG, 2014-2015..... 57

Tabela 2- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis comportamentais. Uberaba-MG, 2014-2015..... 60

Tabela 3- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis ginecológicas - MAC. Uberaba-MG, 2014-2015... 62

Tabela 4- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis ginecológicas. Uberaba-MG, 2014-2015..... 64

Tabela 5- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis obstétricas. Uberaba-MG, 2014-2015..... 65

Tabela 6- Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC. Uberaba-MG, 2014-2015. 68

Tabela 7- Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão logística múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015..... 70

Tabela 8- Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-estado, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015..... 72

Tabela 9- Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015..... 74

Tabela 10- Correlação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015. 75

Tabela 11- Relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015..... 76

Tabela 12- Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015..... 78

Tabela 13- Correlação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015..... 79

Tabela 14- Relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015..... 80

## LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| **ACS** | Agentes Comunitários de Saúde |
| **BDI** | *Inventário de Depressão de Beck* |
| **CEP** | Comitê de Ética em Pesquisa |
| **DIU** | Dispositivo Intrauterino |
| **DP** | Desvio-padrão |
| **DS** | Distritos Sanitários |
| **DST** | Doença Sexualmente Transmissível |
| **EERP-USP** | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo |
| **ESF** | Estratégia Saúde da Família |
| **HIV** | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| **HPV** | Vírus do Papiloma Humano |
| **IC** | Intervalo de Confiança |
| **IDATE** | *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* |
| **MAC** | Métodos Anticoncepcionais |
| **NBI** | Necessidade Básica Insatisfeita |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **PAA** | Programa de Aquisição de Alimentos |
| **PAISM** | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| **PMU** | Prefeitura Municipal de Uberaba |
| **PNDS** | Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher |
| **SIAB** | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| **SMS** | Secretaria Municipal de Saúde |
| **SPSS** | *Statistical Package for Social Science* |
| **SRQ-20** | *Self-Reporting Questionnaire* |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **TA** | Termo de Assentimento |
| **TCLE** | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| **TMC** | Transtorno Mental Comum |
| **UBS** | Unidades Básicas de Saúde |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO** ..... | 17 |
| 1.1 | Mulheres – Mulheres rurais..... | 18 |
| 1.2 | Saúde mental – Saúde mental das mulheres – Saúde mental das mulheres rurais..... | 20 |
| 1.3 | Transtornos Mentais Comuns..... | 24 |
| 1.4 | Sintomas de ansiedade..... | 25 |
| 1.5 | Sintomas de depressão..... | 27 |
| 1.6 | Saúde reprodutiva..... | 30 |
| 1.7 | Justificativa..... | 32 |
| **2** | **OBJETIVOS**..... | **35** |
| 2.1 | Objetivo geral..... | 36 |
| 2.2 | Objetivos específicos ..... | 36 |
| **3** | **MATERIAL E MÉTODO**..... | **37** |
| 3.1 | Tipo de estudo..... | 38 |
| 3.2 | Local e período do estudo..... | 38 |
| 3.3 | Participantes do estudo ..... | 39 |
| 3.4 | Critérios de inclusão do estudo..... | 39 |
| 3.5 | Instrumentos de coleta dos dados..... | 40 |
| 3.6 | Estudo-piloto..... | 43 |
| 3.7 | Procedimentos para coleta dos dados..... | 44 |
| 3.8 | Variáveis do estudo..... | 45 |
| 3.8.1 | Variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes.... | 45 |
| 3.8.2 | Variáveis comportamentais das participantes..... | 46 |
| 3.8.3 | Variáveis de saúde reprodutiva das participantes..... | 47 |
| 3.8.3.1 | Variáveis ginecológicas das participantes..... | 47 |
| 3.8.3.2 | Variáveis obstétricas das participantes..... | 48 |
| 3.8.4 | Variável desfecho primário..... | 49 |
| 3.8.4.1 | Sintomas de depressão..... | 49 |
| 3.8.5 | Variável desfecho secundário..... | 49 |
| 3.8.5.1 | TMC..... | 49 |
| 3.8.5.2 | Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço..... | 49 |
| 3.8.6 | Variáveis preditoras utilizadas na análise bivariada para o TMC | 50 |
| 3.8.7 | Variáveis preditoras utilizadas na análise bivariada para os sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço..... | 50 |
| 3.8.8 | Variáveis utilizadas na análise bivariada para os sintomas de depressão..... | 51 |
| 3.8.9 | Variáveis utilizadas na regressão logística múltipla..... | 52 |
| 3.8.9.1 | Para indicativo de transtorno mental comum..... | 52 |
| 3.8.10 | Variáveis utilizadas na regressão linear múltipla..... | 52 |
| 3.8.10.1 | Para os sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço..... | 52 |
| 3.8.10.2 | Para os sintomas de depressão..... | 53 |
| 3.9 | Processamento e análise dos dados..... | 53 |
| 3.10 | Aspectos éticos ..... | 54 |

**4 RESULTADOS..... 56**
4.1 Caracterização das participantes do estudo..... 57
4.1.1 Características sociodemográficas e econômicas ..... 57
4.1.2 Características comportamentais ..... 60
4.2 Saúde reprodutiva..... 62
4.2.1 Características ginecológicas ..... 62
4.2.2 Características obstétricas ..... 65
4.3 Saúde mental..... 67
4.3.1 Transtornos Mentais Comuns..... 67
4.3.2 Sintomas de ansiedade..... 70
4.3.2.1 Sintomas de ansiedade-estado..... 71
4.3.2.2 Sintomas de ansiedade-traço..... 73
4.3.2.3 Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço..... 75
4.3.3 Sintomas de depressão..... 77

**5. DISCUSSÃO..... 81**
5.1 Caracterização das participantes do estudo..... 82
5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas ..... 82
5.1.2 Características comportamentais..... 88
5.2 Saúde reprodutiva..... 90
5.2.1 Características ginecológicas..... 90
5.2.2 Características obstétricas..... 95
5.3 Saúde mental..... 98
5.3.1 Transtornos Mentais Comuns..... 98
5.3.2 Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço..... 100
5.3.3 Sintomas de depressão..... 101

**6 CONCLUSÃO..... 106**

**7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 110**

**REFERÊNCIAS..... 112**

**APÊNDICES..... 131**

**ANEXOS..... 143**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Mulheres – Mulheres rurais

As mulheres, no Brasil, são a maioria (50,77%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Aquelas em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina (BRASIL, 2011a).

Esse grupo etário configura-se um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 2011a), diante da sua especificidade decorrente dos aspectos reprodutivos, ginecológicos, sexuais e clínicos.

A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) descreveu o perfil da população feminina em idade fértil do contexto urbano e rural. Em 2006, a idade das mulheres brasileiras em idade reprodutiva foi considerada de população relativamente jovem, com o grupo de menores de 30 anos representando cerca de 50% do total de mulheres. Aproximadamente 20% das mulheres tinham completado até a quarta série do ensino fundamental, enquanto 50% superaram oito anos de estudo. Em relação à situação conjugal, 64% se declararam em união (casadas ou em união consensual); a religião católica predominou (80%) e 54,2% das mulheres em idade reprodutiva declararam estar trabalhando. A maioria das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos (84%) vivia em áreas urbanas, em todas as macrorregiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentaram a maior proporção de mulheres em áreas rurais – 23% e 28%, respectivamente (BRASIL, 2009). Em 2012, 48% da população rural, no Brasil, era constituída de mulheres (BRASIL, 2015a).

Na PNDS - 2006, o indicador de necessidade básica insatisfeita (NBI), que identifica um conjunto mais amplo de mulheres em situação de vulnerabilidade, identificou que 39% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva vivem em condições de NBI. E, nas áreas rurais, a proporção de mulheres vivendo em NBI (78%) é superior à área urbana (32%) (BRASIL, 2009).

Os dados sobre educação evidenciam que a população rural continua em desvantagem, quando comparada com a urbana. Na PNDS-2006, a média de anos de estudo foi de 8,7 anos para as mulheres que vivem em áreas urbanas, e 6,5 anos, no contexto rural (BRASIL, 2009). Entretanto, as mulheres rurais permanecem com índices educacionais superiores aos dos homens rurais (CINTRÃO;

SILIPRANDI, 2011).

No setor agrícola, em 2012, 72,6% das mulheres trabalhavam para o próprio consumo ou em atividade não remunerada, 6% eram empregadas com carteira assinada, 6% tinham trabalho informal, 15% trabalhavam por conta própria, e menos de 1% era empregadora (BRASIL, 2015a).

No que concerne ao trabalho, as mulheres rurais são majoritariamente informais e realizam trabalho esporádico. A ocupação no meio rural está relacionada, a maior parte, para o autoconsumo ou com trabalho não remunerado. O percentual de mulheres que trabalham em atividades agrícolas e obtêm alguma renda do seu trabalho ainda é muito baixo (CINTRÃO; SILIPRANDI, 2011). Em relação à divisão do trabalho na agricultura, as mulheres ocupam uma posição pouco valorizada, de subordinação, mesmo quando elas executam as mesmas atividades que os homens, seu trabalho geralmente é considerado de "ajuda" (BRUMER, 2004; CINTRÃO; SILIPRANDI, 2011). De forma geral, as mulheres não possuem renda própria, exceto quando os recursos são obtidos por trabalho assalariado ou pela venda de produtos (BRUMER, 2004).

Estudo no interior do Estado do Rio Grande do Sul, com trabalhadoras rurais, identificou que 96,7% das participantes realizavam o trabalho agrícola e doméstico, e 23,07% das trabalhadoras rurais tiveram a ajuda de seu marido no trabalho doméstico (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015).

A mulher está fortemente marcada na economia rural pela divisão sexual do trabalho, ligada às atividades voltadas para o autoconsumo familiar, cuidados com os filhos, com as criações, horticulturas, lavoura, entre outros, sendo realizada, na maioria das vezes, sem vínculo com a comercialização e, assim, sem a geração de renda (BRASIL, 2015b).

Em período recente, as mulheres rurais vivenciaram inegáveis avanços, beneficiadas por políticas abrangentes, como as de Reforma Agrária, Educação, Previdência, Bolsa Família, Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Crédito Rural e Assistência Técnica (CINTRÃO; SILIPRANDI, 2011). As melhorias ocorridas, nos últimos anos, vêm se refletindo na implementação de diversas políticas dirigidas à população rural. Embora nem sempre voltadas especificamente às mulheres, elas acabaram tendo efeitos positivos para atenuar as desigualdades sociais e de gênero (HEREDIA; CINTRÃO, 2006). Contudo, apesar dos avanços, as desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais entre as zonas rural e urbana ainda persistem

(CINTRÃO; SILIPRANDI, 2011).

Entretanto, dados indicam que a pobreza e a invisibilidade continuam presentes na vida das mulheres, no contexto rural brasileiro (CINTRÃO; SILIPRANDI, 2011). Esse conjunto de vulnerabilidade social aprofunda ainda mais as desigualdades de gênero que, na zona rural, se inscrevem num conjunto de outras desigualdades sociais (HEREDIA; CINTRÃO, 2006).

Estudo sobre as produções da literatura relacionadas a gênero e ruralidade evidenciou que, mesmo que existam avanços e conquistas, as mulheres em contextos rurais ainda têm muitos obstáculos a serem superados. Dentre eles, a dependência financeira, a hegemonia ideológica masculina, a primazia do trabalho agrícola aos homens e os obstáculos naturalizados pela família, comunidade e pela própria mulher (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016).

É fundamental valorizar a saúde no contexto rural, considerando as diferentes condições de vida, trabalho e saúde da população, além da própria capacidade de realizar o autocuidado (THUM et al., 2011). Os riscos e a vulnerabilidade das mulheres rurais estão relacionados a vários fatores que podem influenciar a sua saúde, e levar a diferentes consequências como as doenças do trabalho, problemas ginecológicos e as doenças mentais (BRASIL, 2015b).

## 1.2 Saúde mental – Saúde mental das mulheres – Saúde mental das mulheres rurais

Saúde mental é um termo usado para descrever tanto um nível de bem-estar emocional ou cognitivo como ausência de desordem mental (MALHOTRA; SHAH, 2015). Os conceitos de saúde mental, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), abrangem, dentre outros aspectos, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Por outro lado, uma desordem mental ou doença mental é um padrão de comportamento psicológico involuntário que ocorre num indivíduo, que causa

sofrimento ou incapacidade e que não está prevista como parte do desenvolvimento normal ou cultural (MALHOTRA; SHAH, 2015).

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições clinicamente significativas e caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Os transtornos mentais inserem-se entre as patologias de alta incidência, com difícil identificação e prognósticos variados (TUONO et al., 2007), causam considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida (BOTTI et al., 2013).

A doença mental se expressa diferentemente nas classes sociais e nas relações de gênero. Ela se caracteriza pela sua complexidade que abrange as dimensões econômica, social, política e cultural (LUDERMIR, 2008). Na comunidade, os transtornos psiquiátricos, estudados como morbidades, são mais frequentes nas mulheres, em idade mais avançada e de baixa renda (TUONO et al., 2007). Apesar da relevância dos dados relacionados à saúde mental de mulheres, no Brasil, grande parte das pesquisas científicas e dos programas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher aborda aspectos da saúde sexual e reprodutiva (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Dados sobre a situação de saúde mental de grupos populacionais ainda são poucos, levando a uma carência de informações sobre os indicadores de morbidade psíquica (ROCHA et al., 2010).

Evidencia-se uma lacuna na produção e divulgação de pesquisas, mostrando a necessidade de superar dificuldades e desafios em relação à interface saúde da mulher e saúde mental (BOTTI et al., 2013).

Considerar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero envolve a questão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem (BRASIL, 2011a).

É importante contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer de que estrutura social dispõem para resolver as questões práticas da vida e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (BRASIL, 2011a).

As mulheres estão mais susceptíveis às doenças mentais, por desempenharem múltiplos papéis na sociedade (MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008), como cuidadora do lar, empresária, administradora e provedora de serviços. Entretanto, esse papel emancipatório da mulher não foi acompanhado de políticas públicas, na esfera da economia e da saúde, a fim de preservar a sua qualidade de vida (FERREIRA FILHA et al., 2009).

A inserção da mulher no processo produtivo, somada às funções femininas, ligadas à maternidade, à família e ao cuidado da casa, resultaram em aumento das atribuições sociais sobre elas. Toda essa jornada leva a contradições e conflitos, estando estes provavelmente envolvidos na psicogênese e no desencadeamento dos transtornos psiquiátricos (GASTAL et al., 2006). Essas transformações interferiram diretamente no cotidiano das mulheres, aumentando, assim, os fatores de risco para desenvolver diversas doenças crônicas (THUM et al., 2011).

Em relação às mulheres rurais, as questões da saúde mental podem ser mais acentuadas, pois embora alguns aspectos, como viver em um lugar com um ritmo mais calmo e numa comunidade fechada, possam ser favoráveis à saúde mental, outros aspectos podem ser estressantes. Essas mulheres podem ter menos oportunidades de emprego remunerado, menos contatos sociais, menos acesso aos serviços de saúde, em comparação com as mulheres da zona urbana (HILLEMEIER et al., 2008). Além da falta de perspectiva da melhoria das condições de vida e a sobrecarga física do trabalho.

Pessoas que vivem em comunidades rurais têm acesso limitado aos serviços de saúde e faltam os serviços especializados, como os de saúde mental. As mulheres que vivem em áreas rurais e com baixo nível de escolaridade são menos propensas a procurar assistência para uma doença mental, quando comparadas com as mulheres que vivem em áreas urbanas (DOLJA-GORE et al., 2014).

Existem fatores estressores que são únicos do ambiente rural, como isolamento, pouco contato social, limitado acesso aos serviços de saúde e profissionais de saúde, a distância, estradas em más condições, despesas de transportes, declínio da economia agrícola, renda irregular e desvantagens financeira e educacional (WINTERS; CUDNEY; SULLIVAN, 2010). As condições de vida associadas com a pobreza, incluindo eventos estressantes, recursos sociais e econômicos limitados e outras desvantagens demográficas, produzem maior risco

para problemas de saúde mental (SIMMONS et al., 2015).

Entretanto, estudos realizados nos Estados Unidos evidenciaram que residir em área rural não está associado com aumento de problemas relacionados à saúde mental (HILLEMEIER et al., 2008; ROHRER; BORDERS; BLANTON, 2005). Em pesquisa na Pensilvânia, com mulheres em idade reprodutiva, residentes na área rural, os autores identificaram que viver em área rural, independente das características sociodemográficas, pode ser protetor em relação à saúde mental em geral. Os autores ressaltam que o resultado é um pouco contraditório com alguns estudos da literatura e requer investigações mais aprofundadas sobre essa questão, entre as mulheres (HILLEMEIER et al., 2008). No mesmo estudo, os autores identificaram que residir em áreas rurais mais isoladas pode reduzir o acesso ao diagnóstico para a depressão e ansiedade (HILLEMEIER et al., 2008).

Nessa perspectiva, ressaltamos que vários fatores podem influenciar a saúde mental das mulheres rurais. A interação entre questões ambientais, sociais, culturais, econômicas e individuais evidencia a singularidade desta população.

A partir disso, é importante a detecção, diagnóstico e tratamento precoce e atenção oportuna dos transtornos mentais, nos cuidados primários à saúde, com a finalidade de reduzir o impacto negativo que causa no desenvolvimento social e laboral da pessoa afetada (PARDO et al., 2010).

A atenção básica à saúde, referida como porta de entrada do sistema de saúde, tem a função de atender os usuários e encaminhá-los quando necessário a níveis de maior complexidade do atendimento. Permitindo, assim, que sintomas psíquicos e/ou outras demandas, que afetam o cotidiano das mulheres com transtorno mental, sejam detectados e tratados precocemente (GUEDES et al., 2009).

Os serviços no nível primário de atenção à saúde são geralmente os mais acessíveis, disponíveis e aceitáveis pela comunidade. Nestes locais, a saúde mental deve estar integrada como parte desses serviços, além de um melhor acesso, os transtornos mentais são mais propensos a ser identificados e tratados e as comorbidades de problemas físicos e mentais geridos de uma forma eficiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Estudos sobre as condições de vida e saúde, nas áreas onde ocorre a implantação do Programa Saúde da Família, podem fornecer subsídios que orientem suas ações e avaliem seu desenvolvimento (MARAGNO et al., 2006).

## 1.3 Transtornos Mentais Comuns

Transtorno Mental Comum (TMC), descrito por Goldberg e Huxley (1992), é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas.

Portanto, os TMCs se manifestam como uma mistura de sintomas somáticos, ansiosos e depressivos (SILVA; SANTANA, 2012). Normalmente são encontrados na comunidade e na atenção primária, cuja ocorrência sinaliza alguma alteração (PATEL et al., 2006; SHIDHAYE; PATEL, 2010), mas não necessariamente como portadora de um diagnóstico categorial encontrado nos manuais (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Com isso, parte da população apontada com TMC pode precisar de cuidados específicos em saúde mental e tratamento medicamentoso. A questão dos sintomas nem sempre está perfeitamente adequada às bases categóricas dos diagnósticos psiquiátricos, não diminui o grau de sofrimento e a necessidade de atendimento e acolhimento das pessoas envolvidas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Estudos evidenciaram que as diferenças de gênero estão presentes nos TMCs, e que eles acometem predominantemente as mulheres (FORTES et al., 2011; LUCCHESE et al., 2014; MALHOTRA; SHAH, 2015).

Diversos estudos nacionais evidenciaram a prevalência de TMC em mulheres na área urbana: 43,5% e 36,8% (ARAÚJO et al., 2006), 29,9% (ROCHA et al., 2010), 39,4% (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005), 27,99% (MARAGNO et al., 2006) e 37,9% (LUCCHESE et al., 2014).

Considerando pesquisas nacionais com mulheres no contexto rural, apesar de poucos estudos, constatamos que a prevalência de TMC em mulheres é alta nesse grupo populacional - 56,2% (PAFFER et al., 2012), 44,17% (COSTA; LUDEMIR, 2005) e 43,6% (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

A literatura aponta que, tanto no contexto rural quanto urbano, diversos fatores sociais, culturais e comportamentais podem estar relacionados aos TMCs.

Resultados obtidos em diversos estudos nacionais, em contexto urbano e rural, revelaram uma maior prevalência de TMC relacionado: a mulheres (COSTA; LUDEMIR, 2005; FORTES et al., 2011; ROCHA et al., 2010), a baixos níveis de

escolaridade (ARAÚJO et al., 2006; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PAFFER et al., 2012; ROCHA et al., 2010), à baixa renda (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; ROCHA et al., 2010) e à mulher separada, divorciada, viúva ou sem parceiro (ARAÚJO et al., 2006; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PAFFER et al., 2012). Além de outros fatores de risco como: ser negra ou parda, ter filhos (ARAÚJO et al., 2006; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005), não realizar atividades regulares de lazer, menopausa, já ter tido aborto e ter sofrido alguma agressão física (ARAÚJO et al., 2006).

Estudo realizado com mulheres em área rural da Índia reafirmou alguns dados encontrados nos estudos nacionais. Os fatores associados foram: maior idade, baixa escolaridade, baixa renda familiar, violência por parceiro íntimo, uso de álcool por parte do parceiro e uso de cigarro pelas próprias mulheres. Portanto, as desvantagens socioeconômicas e de gênero estão independentemente associadas com os TMCs (SHIDHAYE; PATEL, 2010).

Na atenção primária, o tratamento e suporte para os pacientes com TMC devem ser considerados como uma prioridade. O fato de que os TMCs estão associados com problemas sociais e familiares representa uma forte razão para que o sistema de saúde introduza estratégias para minimizar o sofrimento desses pacientes. O TMC representa um significativo problema de saúde mental na atenção primária (FORTES et al., 2011).

A atenção primária de saúde é o primeiro nível de cuidado no sistema de saúde e deve ser seguido, também, na atenção à saúde mental. Os serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce dos transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, tratamento de pacientes psiquiátricos estáveis, encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário, e ações de promoção e prevenção da saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

## 1.4 Sintomas de ansiedade

A ansiedade pode ser caracterizada pelos sentimentos de tensão e pensamentos de preocupação. É considerada uma experiência normal da vida e

frequentemente fornece uma motivação adequada para ação, entretanto, se em algum momento ela se torna grave ou duradoura e começa a prejudicar significativamente a vida, ela pode ser classificada como um distúrbio ou doença (NUTT; MIGUEL; DAVIES, 2008). Entre os transtornos psiquiátricos, os transtornos ansiosos estão entre os mais comuns e podem ser encontrados em qualquer pessoa, durante determinados períodos da vida (CORREIA; LINHARES, 2007).

Os transtornos de ansiedade tendem a ter início na infância ou adolescência, podendo tornar-se crônicos e reincidentes, e estão associados com o alto prejuízo funcional, a reduzida qualidade de vida e o aumento do risco de desenvolver algum outro distúrbio psiquiátrico, particularmente a depressão (ANDREWS; NEWBY; WILLIAMS, 2015).

Recentemente, pesquisadores voltaram sua atenção para a ocorrência de transtornos de ansiedade em mulheres (KINRYS; WYGANT, 2005). Diversos estudos apontam que as mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade que homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; APÓSTOLO et al., 2011a; APÓSTOLO et al., 2011b; JOHANSSON et al., 2013; KINRYS; WYGANT, 2005; LUNI et al., 2009; STELL et al., 2014).

As mulheres apresentam, também, maior perfil de comorbidade, maiores taxas de ansiedade associadas à depressão, quando comparadas com os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). O estresse, as dificuldades e eventos da vida contribuem significativamente para os transtornos não psicóticos, como a depressão e a ansiedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Eles estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na comunidade (BANSAL et al., 2015; CORREIA; LINHARES, 2007).

As mulheres com diagnóstico de transtorno de ansiedade são mais propensas do que os homens de serem diagnosticadas com outro distúrbio de ansiedade, como bulimia nervosa e distúrbio depressivo. O impacto da doença sobre as mulheres também é maior que sobre os homens. As perturbações de ansiedade não só são mais prevalentes, mas também mais incapacitantes em mulheres do que em homens (MCLAEN et al., 2011).

A relação entre depressão e ansiedade tem sido interesse de estudo de pesquisadores e profissionais (TRAN; TRAN; FISHER, 2013). Em pesquisa realizada em Portugal, com usuários de um centro de saúde urbano/rural, os autores identificaram forte correlação entre depressão, ansiedade e estresse, com níveis

mais elevados nas mulheres (APÓSTOLO et al., 2011b). Em estudo sobre a prevalência de ansiedade e depressão em uma área rural de Sindh, no Paquistão, 43,1% das pessoas apresentaram ansiedade e depressão, sendo que estas foram fortemente associadas ao sexo feminino (LUNI et al., 2009).

No que tange ao contexto rural, o isolamento social e o trabalho estressante estiveram associados com maiores escores de ansiedade e sintomas de depressão. O isolamento social apresentou um maior efeito sobre a ansiedade, e as condições de trabalho estressantes tiveram maior efeito sobre os sintomas depressivos entre mulheres rurais (HIOTT et al., 2008).

## 1.5 Sintomas de depressão

Os sintomas da depressão são caracterizados por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. Além de outros como: a perda de confiança e autoestima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes, também, diversos sintomas somáticos. O episódio depressivo pode ser descrito como brando, moderado ou grave, dependendo do número e da gravidade dos sintomas (MAIDEEN et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A OMS estima que, no mundo, 350 milhões de pessoas vivam com depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A depressão é mais comum no sexo feminino do que no masculino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) e mais significativa entre populações que vivem em condições de pobreza e carência estrutural (TRAN; TRAN; FISHER, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0, com média de duas mulheres para cada homem (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Diversos estudos evidenciaram a maior prevalência de depressão entre mulheres, quando comparadas aos homens (AARO et al., 2011; APÓSTOLO et al., 2011a; APÓSTOLO et al., 2011b, DEEN; BRIDGES, 2011; SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010).

A mulher apresenta vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. O estrógeno age na modulação do humor, o que, parcialmente, explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher, da menarca à menopausa. Também têm sido associadas a humor depressivo as situações de variação hormonal, como o período pré-menstrual, puerpério, menopausa, além de uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

A etiologia da depressão em todo o período da vida reprodutiva é devido a diversos fatores, incluindo aspectos sociais, psicológicos e biológicos. Estes aspectos devem ser considerados, nas diferenças de gênero relacionadas à depressão. Estas vulnerabilidades incluem, mas não estão limitadas, aos papéis específicos de gênero, assumidos pelas mulheres na sociedade, o estresse da vida e os efeitos dos hormônios sexuais e fatores genéticos (ACCORTT; FREEMAN; ALLEN, 2008).

Portanto, evidencia-se uma complexa interação de fatores que, além das especificidades biológicas, podem estar relacionados com a influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela diferença entre gêneros de como lidar com problemas e buscar soluções (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Estudos internacionais com mulheres de área rural evidenciaram a prevalência de depressão. Em um estudo com mulheres da população rural da Lituânia, 47,3% apresentaram nível de depressão baixo, 25,7% moderado e 27% de alto a muito alto (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010).

Na pesquisa com mulheres de baixa renda da área rural do México, os autores identificaram que 51% das participantes tiveram escores de risco para a depressão (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007). Resultado também identificado em estudo com mulheres rurais latinas, em que aproximadamente metade das participantes apresentou potencial para depressão (FOX; KIM-GODWIN, 2011). Diferentemente dos achados anteriores, em pesquisa realizada em Honduras, com mulheres acima de 18 anos residentes em comunidades rurais, a prevalência de depressão maior foi relativamente baixa (PARDO et al., 2010).

Estudos sugerem que múltiplos fatores estão relacionados aos níveis de depressão, entre mulheres rurais, dentre eles: aumento da idade (FLEISCHER;

FERNALD; HUBBARD, 2007; SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010), baixa escolaridade (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010), divórcio (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010; FOX; KIM-GODWIN, 2011), violência física (PARDO et al., 2010), pequena rede social (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010), pouco apoio social (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007; SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010), relacionamento regular com familiares (PARDO et al., 2010), estresse (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007; SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010) e intenção suicida (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010).

Explorar essas relações pode aumentar o entendimento sobre os sintomas que influenciam a depressão na população rural (DEEN; BRIDGES, 2011).

Os sintomas e os distúrbios depressivos são uma das complicações mais comuns de doenças crônicas. Alguns fatores que podem contribuir para esse problema estão relacionados às mulheres rurais e as suas exposições a determinadas circunstâncias, condições e comportamentos que podem colocá-las em maior risco para a depressão (WINTERS; CUDNEY; SULLIVAN, 2010).

A questão da saúde mental e a ruralidade é controversa. Enquanto algumas pesquisas descrevem a associação entre ruralidade e prevalência de transtornos mentais, tais como a ansiedade e a depressão, outros estudos têm sugerido que essa concepção é ambígua – a falta de acesso ou utilização de serviços de saúde mental e o estigma sobre o tratamento da saúde mental foram identificados como potenciais fatores que podem estar associados ao aumento do nível de depressão, no contexto rural (KILKKINEN et al., 2007).

A depressão como um problema de saúde pública, com alta prevalência, tem sido escolhida como variável relevante, pois é susceptível de ser acompanhada por outros distúrbios psicológicos que também são comuns em mulheres, como os transtornos de ansiedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Embora a depressão e a ansiedade tenham concepções distintas, existe sobreposição substancial entre os dois tipos que são difíceis de distingui-los em uma triagem (TRAN; TRAN; FISHER, 2013).

## 1.6 Saúde reprodutiva

Em 1984, no Brasil, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual representou um marco nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, em todas as fases do ciclo vital (BRASIL, 2013).

No campo da saúde sexual e reprodutiva, várias leis federais foram criadas e implementadas. Políticas públicas e serviços foram disponibilizados à população, entre eles: assistência à concepção e à contracepção; atenção ao pré-natal; ao puerpério e ao recém-nascido; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; planejamento reprodutivo entre outros (BRASIL, 2013).

Os temas voltados à saúde sexual e reprodutiva contemplados em estratégias educativas, desde o Movimento Feminista e PAISM, são considerados essenciais para o empoderamento e cuidado com a vida e saúde das mulheres (PAIVA et al., 2015). Configuram-se como uma área complexa que envolve o indivíduo e a família, inseridos em contextos diversos que incluem além dos aspectos biológicos, os sociais, culturais, econômicos, emocionais e ambientais (SOUZA; MORAIS; OLIVEIRA, 2015).

Os dados da PNDS-2006 apontam que a taxa de fecundidade total estimada foi de 1,8 filho por mulher, em 2006. A mesma pesquisa constatou alta prevalência de uso de métodos contraceptivos – 80,6% nas mulheres unidas e 75,2% nas não unidas, mas sexualmente ativas. Os percentuais de mulheres que não usavam qualquer método apresentaram relação inversa com a classe econômica (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a PNDS-2006 identificou que 53,9% dos nascimentos, ocorridos nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa, foram planejados para aquele momento, 28,2% não foram planejados para aquele momento e 17,6% não foram desejados. A gravidez indesejada é considerada um indicador da falha no controle do processo reprodutivo, sendo usada por programas de planejamento reprodutivo para avaliar a demanda não satisfeita de anticoncepção, que inclui diversos fatores entre falta de informação e de acesso aos métodos contraceptivos, falha no uso e a falta de métodos na rede pública de saúde (BRASIL, 2009). Assim,

a importância de dados sobre os padrões reprodutivos e seus determinantes, a fim de identificar fatores que possam influenciar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e o planejamento de ações específicas pelos profissionais e serviços de saúde.

Múltiplos fatores são importantes para a saúde reprodutiva, como o *status* socioeconômico, os valores sociais e a acessibilidade e a qualidade dos cuidados à saúde (VAN EIJK et al., 2008).

No estudo entre adolescentes de área rural da Etiópia, os autores concluíram que o conhecimento e a utilização dos serviços de saúde entre adolescentes ainda são baixos. A idade e o nível socioeconômico estiveram significativamente associados com o conhecimento sobre saúde reprodutiva, além disso, a utilização dos serviços de saúde reprodutiva foi associada com a idade e seus conhecimentos sobre essa questão (ABAJOBIR; SEME, 2014).

A desigualdade de gênero e a discriminação prejudicam direta e indiretamente a saúde das mulheres, em todo o ciclo de vida. Muitas vezes, as relações desiguais de poder entre homens e mulheres limitam e controlam as mulheres em relação à atividade sexual e a sua possibilidade de se proteger de uma gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis (MÉNDEZ, 2001).

A tomada de decisões, referente à saúde reprodutiva, deve ser uma responsabilidade conjunta de homens e mulheres (KABAGENYI et al., 2014; BRASIL, 2013), baseada no respeito entre os parceiros e de forma igualitária (BRASIL, 2013).

O conceito sobre saúde reprodutiva avançou em relação às concepções anteriores, por incorporar os homens nestas questões e também por atribuir a devida importância à saúde sexual, no contexto da atenção à saúde reprodutiva (BRASIL, 2013).

Entretanto, os programas de saúde reprodutiva são tradicionalmente focados nas mulheres e excluem os homens. Estudo realizado com homens nas áreas urbanas e rurais de Bangladesh investigou o papel destes, em alguns temas específicos de saúde reprodutiva e de seu envolvimento nesta questão. O resultado desse estudo revelou que quanto maior o nível de escolaridade dos homens, maior o seu envolvimento com a questão da saúde reprodutiva. O estudo mostrou, também, que a maioria (66%) discutiu sobre questões de saúde reprodutiva com suas esposas e as acompanharam nos serviços específicos (SHAHJAHAN et al., 2013).

Em estudo realizado na área rural da Índia, os achados indicaram a necessidade de intervenções focadas na área de saúde reprodutiva. Os jovens do sexo masculino gostariam de receber informações sobre saúde reprodutiva e ter acesso aos serviços de saúde, com estratégias eficazes que lhe permitam agir de forma responsável e tomar decisões importantes de planejamento familiar, enquanto solteiros ou com suas esposas (CHAR; SAAVALA; KULMALA, 2011).

O planejameto familiar, ou planejameto reprodutivo, contribui para que as pessoas possam ter uma prática sexual mais saúdavel, possibilitando o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, com melhores condições para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades (BRASIL, 2013).

A atual concepção de direitos sexuais e reprodutivos não se limita à assistência específica na área, ela engloba um conjunto de direitos humanos, individuais e sociais que devem interagir em busca do exercício da sexualidade e da reprodução (VENTURA, 2011). No entanto, apesar dos avanços alcançados, ainda existem uma enorme distância e muitas dificuldades entre o conceito dos direitos sexuais e reprodutivos e sua incorporação nas leis e políticas públicas (VENTURA, 2011).

Pesquisas são necessárias para avaliar as barreiras encontradas em comunidades rurais, como a falta de recursos, os diferentes níveis de ensino, entre outras questões socioeconômicas e culturais que impactam negativamente sobre a aplicação e utilização de serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva (MINICHIELLO et al., 2013).

A atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde (BRASIL, 2013). Portanto, conhecer a população, sua realidade, necessidades e expectativas proporciona aos serviços de saúde melhorar suas estratégias, a fim de garantir os direitos reprodutivos da mulher, do homem e/ou do casal.

## 1.7 Justificativa

Frente ao exposto, constatamos que os TMCs, os sintomas de ansiedade

e de depressão são frequentes e apresentam uma alta prevalência, entre as mulheres. O rastreamento dos sintomas indicativos mostra a frequência de suspeição destes transtornos e a importância da sua identificação para as questões referentes à saúde mental.

Grupos específicos, como as mulheres, têm foco prioritário nas políticas públicas, especialmente nas questões voltadas à saúde reprodutiva. Entretanto, observamos ainda uma lacuna nas questões relacionadas à saúde mental, especificamente na atenção às mulheres rurais.

Acreditamos que, em relação às mulheres rurais, os fatores sociais, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva contribuem e influenciam na saúde mental dessas mulheres e, assim, podem trazer diversas consequências para a sua qualidade de vida.

A questão da saúde reprodutiva apresenta uma interface com a saúde mental, visto que a saúde reprodutiva das mulheres que vivem no contexto rural, como já dito, também é marcada pelas condições de vida, desigualdade de gênero, ausência e ineficiência de políticas públicas de saúde e educação (OLIVEIRA; RABAY, 2004).

A população rural tem especificidades que devem ser consideradas: o contexto cultural, fatores socioeconômicos, além das dificuldades de acesso aos serviços de atenção à saúde e principalmente de serviços especializados de saúde mental e reprodutiva. Portanto, é fundamental a valorização da saúde da população rural, considerando as diferentes condições de vida e trabalho em que estão inseridas.

Nesse contexto, a ruralidade, em nosso meio, é caracterizada pela hegemonia masculina nas relações de gênero e de trabalho. A singularidade das mulheres rurais é evidenciada pelas dificuldades sociais, econômicas, comportamentais e de saúde em que elas estão inseridas. O contexto rural deve servir de estudo, para mudança deste panorama, onde as dificuldades inerentes à zona rural sofram modificações, por meio de políticas públicas eficientes que respeitem sua cultura e necessidade, e assistência de qualidade dos profissionais e serviços de saúde que são a sua principal/única opção de acesso, na maioria das vezes.

A saúde mental das mulheres rurais em idade reprodutiva é essencial tanto para a sua qualidade de vida, quanto para o bem-estar de seus filhos e

familiares. Diante dessa realidade, são necessárias pesquisas nacionais que identifiquem os TMCs, assim como os sintomas de ansiedade e depressão em mulheres residentes na zona rural e sua associação com diferentes fatores.

# *2. OBJETIVOS DO ESTUDO*

## 2.1 Objetivo geral

- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre a saúde mental de mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.

## 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as mulheres em idade fértil residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva.
- Identificar a prevalência dos transtornos mentais comuns, em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.
- Identificar os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.
- Identificar o escore dos sintomas de depressão, em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o TMC, em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o escore dos sintomas de depressão em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.

# 3. MATERIAL E MÉTODO

## 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo observacional, com delineamento transversal.

Estudos observacionais podem ser subcategorizados em transversais, retrospectivos e prospectivos. O pesquisador observa e mede características dos sujeitos, objetos do estudo, sem, no entanto, modificá-los (TRIOLA, 2008).

O estudo transversal é um método que envolve a coleta de dados em determinado ponto no tempo. Os fenômenos estudados são contemplados, durante um período de coleta de dados. São adequados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

## 3.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado na zona rural do município de Uberaba – MG, entre outubro de 2014 e maio de 2015.

Uberaba tem uma população de aproximadamente 295.988 habitantes e área de 4.524 $Km^2$ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). A população rural é de 8.961 pessoas de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB de dezembro de 2015 (BRASIL, 2016).

A zona rural do município de Uberaba possui cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e está dividida em três Distritos Sanitários (DS). Fazem parte quatro Equipes de Saúde da Família, nas áreas de abrangências: Borgico-Calcário (DSII); Baixa-Capelinha (DSII), Santa Rosa (DSIII) e Ponte Alta-Peirópolis (DSI).

Após contato com todas as equipes rurais da ESF do município, foi eleita para ser o campo da coleta de dados a ESF Santa Rosa. A escolha da referida equipe foi por apresentar um maior número de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, de acordo com lista fornecida pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) rurais. Outro fator que contribuiu para a escolha dessa equipe foi o número completo de agentes comunitários de saúde (ACS), ativos, proporcionando a

cobertura de visitas em toda a área.

A ESF Santa Rosa presta atendimento de atenção primária à população da sua área de abrangência. É responsável pelo atendimento básico nas áreas: médica, enfermagem e odontologia. Fazem parte 14 funcionários: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista e oito ACSs. A referida equipe da ESF está inserida na UBS rural Palmira Conceição Resende que conta com um gerente, duas técnicas de enfermagem, uma psicóloga e uma técnica de nutrição.

## 3.3 Participantes do estudo

O estudo foi constituído por mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, do município de Uberaba – MG, com idade entre 15 e 49 anos.

Destaca-se que, apesar de no Brasil considerar-se a idade fértil entre 10 e 49 anos, optou-se, no presente estudo, por seguir a definição internacional que considera a faixa etária de 15 a 49 anos como idade fértil (BRASIL, 2007).

## 3.4 Critérios de inclusão do estudo

- Mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, do município de Uberaba – MG, há mais de um ano;
- Mulheres com idade entre 15 e 49 anos;
- Mulheres orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa.

## 3.5 Instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado um *booklet* contendo sete instrumentos:

1. Instrumento de caracterização sociodemográfica e econômica;
2. Instrumento de caracterização comportamental;
3. Instrumento de saúde reprodutiva: caracterização ginecológica;
4. Instrumento de saúde reprodutiva: caracterização obstétrica;
5. *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20);
6. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE);
7. *Inventário de Depressão de Beck* (BDI).

Os instrumentos de caracterização sociodemográfica e econômica (APÊNDICE A), comportamental (APÊNDICE B) e o de saúde reprodutiva - caracterização ginecológica (APÊNDICE C) e caracterização obstétrica (APÊNDICE D) foram elaborados e fundamentados com base na literatura, pesquisas científicas realizadas na área e experiências prévias dos pesquisadores. Estes foram submetidos à validação de conteúdo e à apreciação de três juízes especialistas na área. Os juízes participantes da validação, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, e aceitarem a participação, formalizaram sua anuência, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). As sugestões foram analisadas, e os instrumentos sofreram modificações, com base nas sugestões dos especialistas.

No instrumento de caracterização comportamental, a variável frequência que consome bebidas alcoólicas, foi retirada da primeira questão do instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* – AUDIT (ANEXO A).

1. ***Instrumento de caracterização sociodemográfica e econômica*** (APÊNDICE A): as variáveis sociodemográficas e econômicas abordadas no instrumento foram: idade; cor; situação conjugal; tempo de relacionamento; escolaridade; religião; ocupação; renda individual; valor da renda individual; renda familiar; provedor da família; número de pessoas residentes no domicílio.

***2. Instrumento de caracterização comportamen*tal** (APÊNDICE B): as variáveis comportamentais abordadas no instrumento foram: realiza atividade física; tipo de atividade física; dias por semana faz atividade física; tempo da atividade física; possui alguma doença crônica; tipo de doença crônica; hábito de fumar; frequência que consome bebidas alcoólicas; uso de drogas ilícitas; atividades regulares de lazer; tipo de atividade de lazer; convivência com companheiro.

***3. Instrumento de saúde reprodutiva***

**3.1 Caracterização ginecológica** (APÊNDICE C): as variáveis ginecológicas abordadas no instrumento foram: idade da menarca; idade da primeira relação sexual consentida; uso de métodos anticoncepcionais (MAC); tipos de MAC utilizados no último ano; escolha do método MAC; motivo da escolha do MAC; local de aquisição do MAC; motivo por não ter usado MAC; teve doença sexualmente transmissível (DST) no último ano; qual(is) DST que teve no último ano; fez tratamento da DST; frequência que costuma ir ao ginecologista; motivo para ir à consulta com o ginecologista; realiza exame de colpocitologia oncótica; frequência com que realiza o exame de colpocitologia oncótica; realiza palpação das mamas (autoexame); realizou exame de mamografia.

**3.2 Caracterização obstétrica** (APÊNDICE D): as variáveis obstétricas abordadas no instrumento foram: ocorrência de gravidez; número de gravidez; idade da mulher na primeira gravidez; idade da mulher na última gravidez; planejamento da última gravidez; última gravidez foi desejada; ocorrência de aborto; número de abortos; filhos vivos; número de filhos vivos; intervalo interpartal entre a penúltima e a última gravidez; pré-natal na última gravidez; problema de saúde relacionado à maternidade; qual problema relacionado à maternidade; intercorrências na gestação; qual intercorrência teve na gravidez.

Os instrumentos referentes à identificação dos sintomas de TMC (SRQ20), ansiedade-estado e ansiedade-traço (IDATE) e depressão (BDI), utilizados neste estudo, são autoaplicáveis, de acesso público, testados, validados para a língua portuguesa e amplamente utilizados em pesquisas com objetivos semelhantes. Ressaltamos que esses instrumentos são usados para o rastreamento

dos indicativos da presença de TMC (SRQ20) e medem os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço (IDATE) e sintomas de depressão (BDI). Os instrumentos citados não diagnosticam esses transtornos mentais.

**4. *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)***

Para avaliar a prevalência de TMC, foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO B). O SRQ é um instrumento utilizado para suspeição diagnóstica de TMC (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Foi desenvolvido pela OMS para estudos comunitários e em atenção primária à saúde, em populações de países em desenvolvimento (MARI; WILLIAMS, 1986).

Trata-se de um instrumento para rastreamento e não diagnóstico (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Foi validado no Brasil por Mari e Willians (1986).

É composto por 20 questões. As respostas que compõem o questionário são sim/não. Cada resposta positiva corresponde ao valor um que, ao final da somatória dos pontos, fornecerá o escore final. O resultado pode variar de zero (nenhuma probabilidade de TMC) a 20 (extrema probabilidade de TMC) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Na avaliação de desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico, o ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 foi de 7/8, independente do sexo, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O escore total igual ou menor que sete classifica caso negativo e igual ou maior que oito considera-se positivo, para as 20 questões (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Esse foi o ponto de corte utilizado, neste estudo, para classificação de TMC.

**5. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE)**

É um dos inventários mais utilizados de avaliação de ansiedade (FIORAVANTI et al., 2006). Foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977). É composto por duas escalas que medem dois conceitos de ansiedade: Ansiedade-estado (IDATE-Estado) (ANEXO C) e Ansiedade-traço (IDATE-Traço) (ANEXO D). A cada um dos itens das duas escalas é atribuído um escore de um a quatro, e o escore total pode variar de 20 (mínimo) a 80 (máximo), em cada escala. A escala IDATE-Estado possui 20 afirmações que indicam como os indivíduos se sentem no determinado

momento e apresenta as opções de respostas: 1- não; 2- pouco; 3- bastante; 4- muito. A escala IDATE-Traço, também, com 20 afirmações descreve como os indivíduos geralmente se sentem, tem as respostas: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977). A fim de evitar influência nas respostas, alguns itens são pontuados inversamente. As respostas 1, 2, 3 e 4 recebem os valores 4, 3, 2, 1, respectivamente. No IDATE-Estado, os itens invertidos são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16,19 e 20 e no IDATE-Traço, os itens são 1, 6, 7, 10, 13,16 e 19.

**6. *Inventário de Depressão de Beck* (BDI)**

O BDI (ANEXO E) é um instrumento utilizado para mensurar sintomas de depressão, em todo o mundo. Constitui-se de 21 questões. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada questão contém quatro itens que recebem valores de zero a três pontos, permitindo um total de 63 pontos (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). No presente estudo, consideramos o escore da somatória dos pontos das participantes no BDI.

## 3.6 Estudo-piloto

Foi realizado um estudo-piloto, no mês de setembro de 2014, a fim de observar a aplicabilidade e adequação dos instrumentos de coleta de dados. As participantes foram selecionadas por meio de uma amostra não probabilística de cinco mulheres.

Foram seguidos os aspectos éticos relativos às pesquisas com seres humanos. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE G). O instrumento revelou a necessidade de alguns ajustes que foram realizados.

## 3.7 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2014 e maio de 2015, no domicílio das mulheres participantes.

As visitas foram realizadas junto com o ACS da área de abrangência. Previamente, foi feita uma lista, com o nome das mulheres que seriam incluídas no estudo. Posteriormente, foi seguida a escala de visitas dos ACSs, definida mensalmente, pela enfermeira da ESF. Durante as visitas, seguia-se como referencial a lista disponibilizada.

O transporte utilizado para realização das entrevistas foi o mesmo utilizado pelos ACSs, na rotina de trabalho, disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Uberaba (PMU).

Optamos por não utilizar o transporte próprio da pesquisadora, devido às dificuldades de acesso, extensão da área e segurança.

A entrevistadora, em todas as visitas, estava com identificação (jaleco e crachá com foto – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP).

É necessário destacar que a coleta de dados foi realizada na forma de entrevista direta, ainda que os instrumentos pudessem ser autoaplicáveis. Considerando-se que algumas mulheres poderiam apresentar algum tipo de dificuldade de leitura ou compreensão das questões, além do cansaço, o que poderia interferir nas respostas e resultados da pesquisa, escolhemos realizar dessa forma.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, face a face, no domicílio, em local reservado, para assegurar sigilo e privacidade. A duração média foi de, aproximadamente, 20 minutos.

As mulheres eram convidadas a participar do estudo e esclarecidas sobre a natureza e os objetivos da pesquisa. Aquelas que aceitaram participar formalizaram sua anuência por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE F) ou TA (APÊNDICE G).

Totalizaram 345 mulheres, na listagem fornecida pela equipe ESF. Dessas, foram excluídas da pesquisa 122, das quais 77 mudaram da área rural em

questão, 33 não foram encontradas em casa, após três tentativas do entrevistador, uma havia falecido, quatro se encontravam fora da idade, cinco se recusaram a participar da pesquisa e duas possuíam declínio cognitivo. Cinco participaram do estudo-piloto. No momento da coleta de dados, 62 mulheres que não se encontravam na lista foram incluídas por se apresentarem dentro dos critérios de inclusão.

Sendo assim, participaram do presente estudo um total de 280 mulheres. A análise do poder *a posteriori*, tendo como desfecho primário os sintomas de depressão, com cinco preditores, um nível de significância $\alpha$= 0,05, e um coeficiente de determinação $r^2$=0,16, revelou um poder de 99%. Isto indica que para os propósitos desta pesquisa o tamanho amostral foi apropriado.

## 3.8 Variáveis do estudo

### 3.8.1 Variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes

1. Idade: anos completos. A idade foi confirmada com a data de nascimento. Classificada de forma quantitativa e em quatro categorias: 15-19; 20-29; 30-39; 40-49 anos de idade.
2. Cor: autorreferida: declarada pela participante: branca; negra; amarela; parda; vermelha.
3. Situação conjugal: solteira; casada/união estável; viúva; divorciada/separada.
4. Tempo de relacionamento: descrito em meses. Classificado de forma quantitativa.
5. Escolaridade: anos completos de estudo, sem repetir a mesma série. Classificada de forma quantitativa e em cinco categorias: 0; 1-4; 5-8; 9-11; mais de 12 anos de estudo.
6. Religião: católica; evangélica; espírita; sem religião (não tem); não acredita em Deus ou em divindades; outros.
7. Ocupação: do lar; mercado formal; mercado informal; estudante; mercado

informal e estudante.

8. Renda individual: não possui renda individual; salário – mercado formal; renda de mercado informal; Bolsa Família; pensão de pais ou dos filhos; outros.
9. Valor da renda individual, em salário-mínimo: classificada em seis categorias: <1; 1; 1 -| 2; 2 -| 3; 3 -| 4; 4 -| 5.
10. Renda familiar, em salário-mínimo: classificada em sete categorias: 1; 1 -| 2; 2 -| 3; 3 -| 4; 4 -| 5; 5 -| 6; >6.
11. Provedor da família: participante; companheiro; ambos; pais; participante e outros; outros.
12. Número de pessoas residentes no domicílio: classificado de forma quantitativa e em quatro categorias: 1; 2-4; 5-8; >8.

### 3.8.2 Variáveis comportamentais das participantes

1. Realiza atividade física: sim; não.
2. Tipo de atividade física: caminhada; bicicleta; outros
3. Quantos dias por semana faz atividade física: um dia; dois dias; três dias; quatro ou mais dias
4. Tempo da atividade física: menos de 30 minutos; mais de 30 minutos
5. Possui alguma doença crônica: possuía; não possui
6. Tipo de doença crônica: hipertensão arterial; diabetes mellitus; depressão; outras.
7. Hábito de fumar: não fuma; fuma
8. Frequência que consome bebidas alcoólicas: nunca; mensalmente ou menos; de duas a quatro vezes por semana; de duas a três vezes por semana; quatro ou mais vezes por semana
9. Uso de drogas ilícitas: não usa; usa todos ou quase todos os dias; usa uma ou duas vezes/semana; usa uma a três vezes/mês; usa menos de uma vez/mês
10. Realiza atividades regulares de lazer: sim; não
11. Tipo de atividade de lazer: festa/bar; igreja; amigos; família; outros
12. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: boa; ruim

### 3.8.3 Variáveis de saúde reprodutiva das participantes

#### 3.8.3.1 Variáveis ginecológicas das participantes

1. Idade da menarca: anos completos na primeira menstruação. Classificada de forma quantitativa.
2. Idade da primeira relação sexual: anos completos na primeira relação sexual consentida. Classificada de forma quantitativa.
3. Uso de métodos anticoncepcionais (MAC) no último ano: sim; não.
4. Tipos de MAC utilizados no último ano: hormonal oral; hormonal injetável; hormonal adesivo; anel vaginal; implantes; DIU (dispositivo intrauterino) cobre; DIU com levonogestrel; laqueadura tubária; vasectomia; preservativo masculino; preservativo feminino; espermicida; diafragma; coito interrompido; tabelinha; temperatura corporal basal; muco cervical; amenorreia lactacional; pílula de emergência.
5. Escolha do MAC usado no último ano: própria mulher; companheiro; profissional de saúde; ambos escolheram; outros.
6. Motivo da escolha do MAC, no último ano: segurança e eficácia; acesso facilitado; melhor adaptação; outro.
7. Local de aquisição do MAC: unidade de saúde; farmácia; ambos; outros (hospital e ambulatório); não se aplica (métodos naturais).
8. Motivo por não ter usado MAC: não tem relação sexual no momento; grávida; não quer usar; histerectomia/menopausa; quer engravidar; pós-parto.
9. Teve doença sexualmente transmissível (DST) no último ano: sim; não.
10. Qual DST teve no último ano: herpes; candidíase; gardenerella; tricomoníase; gonorreia; sífilis; Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); Papiloma Vírus Humano (HPV).
11. Fez tratamento da DST: sim; não.
12. Frequência que costuma ir ao ginecologista: mais de uma vez ao ano; anualmente; a cada dois anos; somente quando está com problema de saúde; nunca foi ao ginecologista; mais de dois anos; somente na gravidez; outro.
13. Motivo para ir à consulta com o ginecologista: rotina; quando tem queixas; gravidez.

14. Realiza exame de colpocitologia oncótica (Papanicolau): sim; não.
15. Frequência com que realiza o exame de colpocitologia oncótica: anualmente; mais de uma vez por ano; a cada dois anos; mais de dois anos.
16. Realiza palpação das mamas (autoexame): sim; não.
17. Realizou exame de mamografia: sim; não. Questionado para mulheres com mais 40 anos.

### 3.8.3.2 Variáveis obstétricas das participantes

1. Gravidez: sim; não.
2. Número de gravidez: número de gravidez, incluindo a atual gravidez. Classificada de forma quantitativa.
3. Idade da mulher na primeira gravidez: anos completos na primeira gravidez. Classificada de forma quantitativa.
4. Idade da mulher na última gravidez: anos completos na última gravidez. Classificada de forma quantitativa.
5. Planejamento da última gravidez: sim; não.
6. Última gravidez foi desejada: sim; não.
7. Ocorrência de abortos: sim; não.
8. Número de abortos: número de abortos anteriores. Classificado de forma quantitativa.
9. Número de filhos vivos: número de filhos vivos. Classificado de forma quantitativa.
10. Intervalo interpartal entre a penúltima e a última gravidez: descrito em meses. Classificado de forma quantitativa e em duas categorias: menos de dois anos e mais de dois anos.
11. Realizou pré-natal durante a última gravidez: sim; não.
12. Problema de saúde relacionado à maternidade: sim; não.
13. Qual problema relacionado à maternidade: hipertensão arterial; diabetes gestacional; DST; infecção do trato urinário; outros.
14. Teve intercorrências na gravidez: sim; não.
15. Qual intercorrência teve na gravidez: pré-eclâmpsia; eclâmpsia; trabalho de

parto prematuro; descolamento de placenta; outros.

### 3.8.4 Variável desfecho primário

#### 3.8.4.1 Sintomas de depressão

No presente estudo, foi medido o escore da participante no BDI: somatória dos pontos da participante em cada um dos 21 itens do BDI. Esta variável foi classificada de forma quantitativa.

### 3.8.5 Variável desfecho secundário

**3.8.5.1 TMC:** consideramos a participante com este indicativo, quando a somatória dos pontos dos 20 itens do SRQ-20 perfez um escore maior ou igual a oito pontos. Variável dicotômica: “sim; não”.

**3.8.5.2 Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço:** no presente estudo, foi medido o escore de cada escala:

- Escore da participante no IDATE-Estado: somatória dos pontos da participante em cada um dos 20 itens do IDATE-Estado. Esta variável foi classificada de forma quantitativa.
- Escore da participante no IDATE-Traço: somatória dos pontos da participante em cada um dos 20 itens do IDATE-Traço. Esta variável foi classificada de forma quantitativa.

Ressaltamos que, no presente estudo, cada desfecho, primário e secundário, foi tratado isoladamente, com as variáveis preditoras.

### 3.8.6 Variáveis preditoras utilizadas na análise bivariada para o TMC

**Situação conjugal:** esta variável foi classificada em "**mora com companheiro**", em duas categorias: "sim"; "não".

**Ocupação:** esta variável foi classificada em "**ocupação remunerada**", em duas categorias: "sim"; "não".

**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Valor da renda individual mensal:** esta variável foi classificada em duas categorias: "menos de um salário-mínimo"; "um ou mais salários-mínimos".

**Atividade física:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Atividade de lazer:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Hábito de fumar:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Doença crônica:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: "boa"; "ruim".

**Filhos:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Aborto:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

### 3.8.7 Variáveis preditoras utilizadas na análise bivariada para os sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço

**Situação conjugal:** esta variável foi classificada em "**mora com companheiro**", em duas categorias: "sim"; "não".

**Ocupação:** esta variável foi classificada em "**ocupação remunerada**", em duas categorias: "sim"; "não".

**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Valor da renda individual mensal:** esta variável foi classificada em duas categorias: "menos de um salário-mínimo"; "um ou mais salários-mínimos".

**Atividade física:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Atividade de lazer:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Hábito de fumar:** esta variável foi classificada em duas categorias: "sim"; "não".

**Doença crônica:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”.

**Filhos:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Aborto:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Idade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Escolaridade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Tempo de relacionamento:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Número de pessoas que residem no domicílio:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Número de filhos vivos:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Idade da mulher na primeira gravidez:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

### 3.8.8 Variáveis utilizadas na análise bivariada para os sintomas de depressão

**Situação conjugal:** esta variável foi classificada em “**mora com companheiro**”, em duas categorias: “sim”; “não”.

**Ocupação:** esta variável foi classificada em “**ocupação remunerada**”, em duas categorias: “sim”; “não”.

**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Valor da renda individual mensal:** esta variável foi classificada em duas categorias: “menos de um salário-mínimo”; “um ou mais salários-mínimos”.

**Atividade física:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Atividade de lazer:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Hábito de fumar:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Doença crônica:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”.

**Filhos:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Aborto:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.

**Idade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

**Escolaridade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Tempo de relacionamento:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Número de pessoas que residem no domicílio:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Número de filhos vivos:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Idade da mulher na primeira gravidez:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

### 3.8.9 Variáveis utilizadas na regressão logística múltipla

#### 3.8.9.1 Para indicativo de transtorno mental comum

**Escolaridade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
**Atividade de lazer:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”.
**Número de filhos vivos:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

### 3.8.10 Variáveis utilizadas na regressão linear múltipla

#### 3.8.10.1 Para os sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço

**Idade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Escolaridade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”.
**Número de filhos vivos:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

#### 3.8.10.2 Para os sintomas de depressão

**Idade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Escolaridade:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.
**Renda individual:** esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
**Convivência com companheiro:** esta variável foi classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”.
**Número de filhos vivos:** esta variável foi classificada de forma quantitativa.

## 3.9 Processamento e análise dos dados

Os instrumentos de coleta de dados foram numerados de acordo com a ordem das entrevistas e arquivados na EERP-USP.

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica, no programa EXCEL®, empregando-se a técnica de validação por dupla digitação, para detectar inconsistências. As inconsistências entre as duas digitações foram corrigidas, utilizando as entrevistas, quando necessário.

Após essa etapa, foi realizada a análise estatística no *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) *for Windows* versão 20.0.

Para os quatro primeiros objetivos específicos, utilizamos a análise univariada dos dados, os quais foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas; e valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação) para as variáveis quantitativas.

Para o quinto objetivo específico, utilizamos as análises bivariadas e multivariadas dos dados. Na análise bivariada, a existência de associação foi verificada por meio de tabelas de contingência e suas respectivas medidas de associação: Teste Qui-Quadrado de Pearson ($X^2$), Razões de prevalência (RP) e Razões de chances de prevalência brutas (RCP). Para a análise multivariada, foi utilizada a regressão logística múltipla.

Para o sexto e sétimo objetivos específicos, utilizamos as análises

bivariadas e multivariadas dos dados. Na análise bivariada, foram usados o Teste *t*-Student e a correlação de *Pearson*. Para a análise multivariada, foi utilizada a regressão linear múltipla.

A inclusão das variáveis preditoras na análise de regressão logística múltipla e de regressão linear múltipla considerou a literatura nacional e internacional pertinente em cada desfecho.

Para todos os testes, foi considerado um intervalo de confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância $\alpha$ de 5%.

## 3.10 Aspectos éticos

A presente investigação teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – EERP-USP e obedeceu às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Primeiramente, foi enviado um ofício (ANEXO F) à Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Uberaba – SMS/PMU, informando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa. De posse da autorização para a realização do estudo (ANEXO G), o projeto foi encaminhado para o CEP da EERP-USP, sendo aprovado com CAAE 21860113.2.0000.5393 (ANEXO H).

Os TCLE (APÊNDICE F) e o TA (APÊNDICE G) foram apresentados e explicados às participantes do estudo.

As mulheres que aceitaram participar do estudo formalizaram sua anuência por meio da assinatura do TCLE, assinado em duas vias, ficando uma via assinada com a pesquisadora e outra com a entrevistada. No caso de adolescentes, menores de idade, foi solicitado o aceite à adolescente e ao responsável legal que formalizaram as anuências por meio da assinatura do TA, permanecendo uma via assinada com a pesquisadora e outra com a entrevistada.

Tanto com as participantes do teste-piloto quanto com as que compuseram as entrevistas definitivas, foram utilizados o TCLE e TA. Asseguravam-

se aos participantes o anonimato, a privacidade e o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo no acompanhamento pela equipe da ESF.

# 4 RESULTADOS

Considerando os objetivos propostos e as informações obtidas, apresentam-se a seguir os resultados do estudo.

O estudo foi constituído por 280 mulheres.

## 4.1 Caracterização das participantes do estudo

### 4.1.1 Características sociodemográficas e econômicas

Na Tabela 1, apresentamos as características sociodemográficas e econômicas das 280 participantes, segundo as variáveis do estudo.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba-MG, 2014-2015.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Idade (anos)** | | |
| 15 a 19 | 29 | 10,3 |
| 20 a 29 | 63 | 22,5 |
| 30 a 39 | 96 | 34,3 |
| 40 a 49 | 92 | 32,9 |
| **Cor** | | |
| Branca | 202 | 72,1 |
| Negra | 49 | 17,5 |
| Parda | 29 | 10,4 |
| **Situação conjugal** | | |
| Solteira | 40 | 14,3 |
| Casada/União estável | 234 | 83,6 |
| Viúva | 1 | 0,3 |
| Divorciada/Separada | 5 | 1,8 |
| **Escolaridade (anos de estudo)** | | |
| Analfabeta | 10 | 3,6 |
| 1 a 4 anos | 71 | 25,4 |
| 5 a 8 anos | 102 | 36,4 |
| 9 a 11 anos | 93 | 33,2 |
| Mais de 12 anos | 4 | 1,4 |
| **Religião** | | |
| Católica | 174 | 62,1 |
| Evangélica | 55 | 19,7 |
| Espírita | 19 | 6,8 |
| Não tem religião | 32 | 11,4 |

continua...

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Ocupação** | | |
| Do lar | 156 | 55,7 |
| Mercado formal | 51 | 18,2 |
| Mercado informal | 59 | 21,1 |
| Estudante | 12 | 4,3 |
| Mercado informal e estudante | 2 | 0,7 |
| **Renda individual** | | |
| Não possui renda individual | 127 | 45,4 |
| Salário - mercado formal | 51 | 18,2 |
| Renda de mercado informal | 61 | 21,8 |
| Bolsa Família | 25 | 8,9 |
| Pensão dos pais ou dos filhos | 10 | 3,6 |
| Outros | 6 | 2,1 |
| **Valor renda individual* ** ** | | |
| Menos de 1 salário | 57 | 37,2 |
| 1 | 78 | 51,0 |
| 1 -\| 2 | 15 | 9,7 |
| 2 -\| 3 | 1 | 0,7 |
| 2 -\| 3 | 1 | 0,7 |
| 4 -\| 5 | 1 | 0,7 |
| **Renda familiar*** | | |
| 1 | 74 | 26,4 |
| 1 -\| 2 | 104 | 37,2 |
| 2 -\| 3 | 65 | 23,2 |
| 3 -\| 4 | 25 | 8,9 |
| 4 -\| 5 | 7 | 2,5 |
| 5 -\| 6 | 2 | 0,7 |
| Mais de 6 | 3 | 1,1 |
| **Provedor da família** | | |
| Participante | 10 | 3,6 |
| Companheiro | 143 | 51,1 |
| Ambos | 77 | 27,5 |
| Pais | 26 | 9,3 |
| Outros | 11 | 3,9 |
| Participante e outro | 13 | 4,6 |
| **Número de pessoas residentes no domicílio** | | |
| 1 | 3 | 1,1 |
| 2 a 4 | 183 | 65,3 |
| 5 a 8 | 91 | 32,5 |
| Mais de 8 | 3 | 1,1 |

conclusão.

*O valor do salário-mínimo variou entre R$ 724 (2014) e R$ 788 (2015). Fonte: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2015). ** n=153 mulheres que tinham renda individual.

Participaram do estudo mulheres de 15 a 49 anos, com média de idade de 33,6 anos, desvio-padrão (dp) de 9,8 e mediana de 34,0 anos. A maior incidência foi nas faixas etárias de 30 a 39 anos (96-34,3%) e de 40 a 49 anos (92-32,9%).

Em relação à cor, 202 (72,1%) entrevistadas consideravam-se brancas e 78 (27,9%), negras e pardas.

Quando questionadas sobre situação conjugal, 234 (83,6%) participantes eram casadas ou tinham união estável. O tempo médio de relacionamento foi de 159,1 meses (dp=97,8) e mediana de 144 meses. O tempo de relacionamento estável variou de 4 a 384 meses.

Quanto à escolaridade, a média foi de aproximadamente 7,0 anos de estudo (dp=3,3) e mediana de 7,0. O tempo de estudo variou de 0 a 15 anos. As participantes tinham de cinco a oito anos de estudo (102-36,4%). Verificamos que dez (3,6%) mulheres declararam nenhuma escolaridade e 71 (25,4%), de um a quatro anos de estudo.

No que se refere à religião, 248 (88,6%) mulheres afirmaram possuir alguma religião. Destacou-se o predomínio da religião católica (174-62,1%).

Em relação à ocupação, a maioria (156-55,7%) das entrevistadas referiu não possuir ocupação remunerada, consideradas do lar, e 112 (40%) apresentavam ocupação remunerada, incluindo mercado formal e informal.

Quanto ao tipo de renda individual, predominou a renda referente ao mercado informal (61-21,8%), seguida do salário – mercado formal (51-18,2%). Ressaltamos que 127 (45,4%) mulheres não possuíam nenhuma renda individual. As demais possuíam algum tipo de renda, como Bolsa Família, pensão dos pais ou dos filhos e outros (41-14,6%).

Entre as que tinham algum tipo de renda individual, a faixa salarial predominante foi de um salário-mínimo (78-51,0%). Notamos que 57 (37,2%) mulheres tinham renda inferior a um salário-mínimo. A renda familiar predominante foi entre um e dois salários-mínimos (104-37,2%).

O principal provedor da família foi o companheiro (143-51,1%). E 77 (27,5%) mulheres eram provedoras com o companheiro.

No que diz respeito ao número de pessoas residentes no domicílio, 183 (65,3%) entrevistadas moravam com duas a quatro pessoas, e 91 (32,5%), com cinco a oito. A média de residentes no domicílio foi de 4,1 (dp=1,5) e mediana de 4,0 pessoas. A quantidade de residentes variou de um a dez, no mesmo domicílio.

### 4.1.2 Características comportamentais

A Tabela 2 apresenta as características comportamentais das 280 participantes, segundo as variáveis do estudo.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis comportamentais. Uberaba-MG, 2014-2015.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Realiza atividade física** | | |
| Sim | 54 | 19,3 |
| Não | 226 | 80,7 |
| **Tipo de atividade física*** | | |
| Caminhada | 45 | 83,3 |
| Bicicleta | 1 | 1,9 |
| Outros | 8 | 14,8 |
| **Dias da semana*** | | |
| Um dia | 9 | 16,7 |
| Dois dias | 11 | 20,4 |
| Três dias | 8 | 14,8 |
| Quatro ou mais dias | 26 | 48,1 |
| **Tempo de atividade física*** | | |
| Menos de 30 minutos | 5 | 9,3 |
| Mais de 30 minutos | 49 | 90,7 |
| **Doença crônica** | | |
| Não possui | 207 | 73,9 |
| Possui | 73 | 26,1 |
| **Tipo de doença crônica**** | | |
| Hipertensão | 43 | 15,4 |
| Diabetes Mellitus | 8 | 2,9 |
| Depressão | 13 | 4,6 |
| Outras | 20 | 7,1 |
| **Hábito de fumar** | | |
| Não fuma | 219 | 78,2 |
| Fuma | 61 | 21,8 |
| **Frequência que consome bebidas alcoólicas** | | |
| Nunca | 217 | 77,5 |
| Mensalmente ou menos | 5 | 1,8 |
| Duas a quatro vezes por mês | 55 | 19,6 |
| Duas a três vezes por semana | 2 | 0,7 |
| Quatro ou mais por semana | 1 | 0,4 |
| **Uso de drogas ilícitas** | | |
| Não usa | 280 | 100 |
| **Atividade de lazer** | | |
| Sim | 152 | 54,3 |
| Não | 128 | 45,7 |

continua...

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Tipo de atividade de lazer*** ** | | |
| Festa/bar | 13 | 8,6 |
| Igreja | 19 | 12,4 |
| Amigos | 7 | 4,6 |
| Família | 86 | 56,6 |
| Outros | 27 | 17,8 |
| **Convivência com companheiro***** | | |
| Boa | 215 | 91,9 |
| Ruim | 19 | 8,1 |

conclusão

*n=54 mulheres que referiram realizar atividade física.
**as mulheres referiram mais de uma doença crônica.
***n=152 mulheres que referiram realizar atividade de lazer.
****n=234 mulheres casadas/união estável.

No que tange à prática de atividade física, a maioria das mulheres (226-80,7%) não realizava atividade física. Entre as que praticavam, 45 (83,3%) entrevistadas referiram a caminhada. Quando questionadas sobre a frequência das atividades, 48,1% (26) faziam quatro ou mais dias por semana e em um tempo superior a 30 minutos (49-90,7%).

A maioria das entrevistadas (207-73,9%) relatou não possuir doença crônica. A hipertensão arterial foi a mais frequente.

Entre as participantes, 217 (77,5%) referiram nunca fazer uso de bebidas alcóolicas, e 19,6% afirmaram o uso de duas a quatro vezes por mês. Quanto ao hábito de fumar e uso de drogas ilícitas, a maioria das mulheres (219-78,2%) não fumava, e todas as participantes (280-100%) afirmaram não fazer uso de drogas.

Em relação às atividades de lazer, 152 (54,3%) responderam ter atividades de lazer. A visita à família foi a mais citada (86-56,6%).

No que diz respeito à convivência com o companheiro, 215 (91,9%) participantes responderam como “boa”.

## 4.2 Saúde reprodutiva

### 4.2.1 Características ginecológicas

As Tabelas 3 e 4 apresentam as características ginecológicas das 280 participantes, segundo as variáveis do estudo.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis ginecológicas - MAC. Uberaba-MG, 2014-2015.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Usou algum MAC no último ano*** | | |
| Sim | 220 | 82,1 |
| Não | 48 | 17,9 |
| **MAC usados no último ano**** | | |
| Hormonal oral | 80 | 36,4 |
| Hormonal injetável | 16 | 7,3 |
| Laqueadura tubária | 85 | 38,6 |
| Vasectomia | 15 | 6,8 |
| Preservativo masculino | 18 | 8,2 |
| DIU | 3 | 1,4 |
| Coito interrompido | 2 | 0,9 |
| Tabelinha | 1 | 0,4 |
| **Escolha do MAC**** | | |
| Própria mulher | 135 | 61,4 |
| Companheiro | 10 | 4,5 |
| Profissional de saúde | 17 | 7,7 |
| Ambos escolheram | 56 | 25,5 |
| Outros | 2 | 0,9 |
| **Motivo da escolha do MAC**** | | |
| Segurança e eficácia | 209 | 95,0 |
| Melhor adaptação | 3 | 1,4 |
| Outro | 8 | 3,6 |
| **Local de aquisição do MAC**** | | |
| Unidade de saúde | 12 | 5,4 |
| Farmácia | 102 | 46,4 |
| Outros (hospital, ambulatório) | 103 | 46,8 |
| Não se aplica | 3 | 1,4 |

continua...

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Motivo por não ter usado MAC*** ** | | |
| Não tem relação sexual no momento | 9 | 18,8 |
| Grávida | 11 | 22,9 |
| Não quer usar | 8 | 16,7 |
| Histerectomia/menopausa | 8 | 16,7 |
| Quer engravidar | 10 | 20,8 |
| Pós-parto (ainda não usa) | 2 | 4,1 |
| **Doença sexualmente transmissível no último ano** | | |
| Sim | 19 | 6,8 |
| Não | 261 | 93,2 |
| **Qual(is) DST teve no último ano**** ** | | |
| Candidíase | 6 | 31,6 |
| HPV | 5 | 26,3 |
| Não sabe | 8 | 42,1 |
| **Fez o tratamento para DST**** ** | | |
| Sim | 16 | 84,2 |
| Não | 3 | 15,8 |

conclusão

*n=12 mulheres nunca tiveram relação sexual.
**n=220 mulheres que usaram MAC.
***n=48 mulheres que não usavam MAC.
****n=19 mulheres que tiveram DST.

No que corresponde à história ginecológica no grupo estudado, foi constatado que, na menarca, a média de idade foi de 12,3 (dp=1,7) e mediana de 12 anos. A idade variou de nove a 18 anos. A idade da primeira relação sexual variou de 11 a 35 anos, média de idade de 16,8 anos (dp=3,4) e mediana de 16 anos, sendo que 12 (4,3%) mulheres referiram que nunca tiveram relação sexual.

Quando questionadas sobre o uso de métodos contraceptivos no último ano, 220 (82,1%) mulheres afirmaram ter usado algum MAC. Os métodos mais citados foram a laqueadura tubária (85-38,6%) e o anticoncepcional hormonal oral (80-36,4%).

Em relação à escolha do método contraceptivo, a maioria das entrevistadas (135-61,4%) respondeu que elas próprias escolheram o método utilizado, e 56 (25,5%) referiram ambos. O conjunto: segurança e eficácia foi o motivo de escolha do contraceptivo de 209 (95%) mulheres.

O principal local de aquisição do MAC foi classificado como outros, por incluir hospital e ambulatório (103-46,8%), seguidos da farmácia (102-46,4%).

Entre as mulheres, 48 (17,9%) não usavam métodos contraceptivos. E

quando questionadas sobre o motivo, 11 (22,9%) estavam grávidas no momento da entrevista, e dez (20,8%) referiram o desejo de engravidar. Observamos que oito (16,7%) participantes afirmaram não querer usar nenhum MAC.

No que diz respeito às DSTs, no último ano, 19 (6,8%) mulheres responderam sim, entretanto, entre estas, oito (42,1%) não sabiam o nome da DST. Candidíase (6-31,6%) e HPV (5-26,3%) foram as doenças citadas. A maioria das entrevistadas (16-84,2%) fez o tratamento.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis ginecológicas. Uberaba-MG, 2014-2015.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Frequência que costuma ir ao ginecologista*** | | |
| Mais de uma vez ao ano | 13 | 4,9 |
| Anualmente | 126 | 47,0 |
| A cada dois anos | 16 | 6,0 |
| Quando tem problema de saúde | 9 | 3,3 |
| Nunca foi ao ginecologista | 9 | 3,3 |
| Mais de 2 anos | 50 | 18,7 |
| Somente na gravidez | 45 | 16,8 |
| **Motivo para ir à consulta**** | | |
| Rotina | 196 | 75,7 |
| Quando tem queixas | 20 | 7,7 |
| Gravidez | 43 | 16,6 |
| **Exame de colpocitologia oncótica (Papanicolau)*** | | |
| Sim | 238 | 88,8 |
| Não | 30 | 11,2 |
| **Frequência com que realiza o exame de colpocitologia oncótica***** | | |
| Anualmente | 155 | 65,1 |
| Mais de uma vez por ano | 4 | 1,7 |
| A cada dois anos | 16 | 6,7 |
| Mais de dois anos | 63 | 26,5 |
| **Realização de palpação das mamas (autoexame das mamas)** | | |
| Sim | 207 | 73,9 |
| Não | 73 | 26,1 |
| **Realizou exame de mamografia****** | | |
| Sim | 60 | 65,2 |
| Não | 32 | 34,8 |

*n=12 mulheres nunca tiveram relação sexual.
**n=259 mulheres que costumam ir ao ginecologista.
***n=238 mulheres que realizam Papanicolau.
**** n=92 mulheres com mais de 40 anos.

A frequência anual de idas ao ginecologista foi relatada por 126 (47,0%) mulheres. E o motivo principal foi a consulta de rotina (196-75,7%).

A realização do exame de colpocitologia oncótica (Papanicolau) foi citada por 238 (88,8%) participantes. A maioria (155-65,1%) afirmou realização anual do referido exame.

Quanto à realização do autoexame das mamas, 207 (73,9%) participantes afirmaram fazer a palpação das mamas. E, entre as mulheres com mais 40 anos, 60 (65,2%) delas referiram já ter realizado mamografia.

### 4.2.2 Características obstétricas

A Tabela 5 apresenta as características obstétricas das 280 participantes, segundo as variáveis do estudo.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis obstétricas. Uberaba-MG, 2014-2015.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Gravidez*** | | |
| Sim | 244 | 91,0 |
| Não | 24 | 9,0 |
| **Ocorrência de abortos**** | | |
| Sim | 42 | 17,2 |
| Não | 202 | 82,8 |
| **Planejamento da última gravidez**** | | |
| Sim | 109 | 44,7 |
| Não | 135 | 55,3 |
| **Última gravidez desejada**** | | |
| Sim | 225 | 92,2 |
| Não | 19 | 7,8 |
| **Intervalo interpartal entre a penúltima e a última gravidez***** | | |
| Menos de dois anos | 79 | 42,9 |
| Mais de dois anos | 105 | 57,1 |
| **Pré-natal na última gravidez**** | | |
| Sim | 236 | 96,7 |
| Não | 8 | 3,3 |
| **Problema de saúde relacionado à maternidade**** | | |
| Sim | 28 | 11,5 |
| Não | 216 | 88,5 |

continua..

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Problema relacionado à maternidade****** | | |
| Hipertensão arterial | 21 | 75,0 |
| Infecção do trato urinário | 2 | 7,1 |
| Outros | 5 | 17,9 |
| **Intercorrências na gravidez**** | | |
| Sim | 39 | 16,0 |
| Não | 205 | 84,0 |
| **Tipos de intercorrências******* | | |
| Pré-eclâmpsia | 15 | 38,4 |
| Eclâmpsia | 3 | 7,7 |
| Trabalho de parto prematuro | 9 | 23,1 |
| Descolamento de placenta | 3 | 7,7 |
| Outros | 9 | 23,1 |

conclusão

*n=12 mulheres nunca tiveram relação sexual.
**n=244 mulheres que já engravidaram.
***n=184 mulheres que já tiveram intervalo interpartal.
****n=28 mulheres que tiveram problemas relacionados à maternidade.
*****n=39 mulheres que tiveram intercorrências na gravidez.

Considerando a história obstétrica das participantes, 244 (91,0%) das mulheres já engravidaram e 42 (17,2%) referiram ter sofrido aborto, não sendo questionado se espontâneo ou provocado.

A quantidade média de gestações foi de 2,8 (dp=1,7) e mediana de 2,5 gestações. O número de gestações variou de uma a onze gestações. Em relação à ocorrência de abortos, a média foi de 1,5 (dp=0,8), mediana de 1,0 aborto. O número variou de um a quatro abortos.

A média de filhos vivos foi de 2,5 (dp=1,43) e mediana de 2,0 filhos por mulher. O número de filhos variou de um a nove filhos vivos.

Em relação à idade na primeira gravidez, a média foi de 19,4 anos (dp=4,5) e mediana de 19,0 anos. A idade da primeira gravidez variou de 13 a 40 anos.

A idade da última gravidez apresentou média de 26,6 anos (dp=5,4) e mediana de 26 anos. A idade da última gestação variou de 16 a 43 anos.

A maioria das participantes (135-55,3%) não planejou a última gravidez. Entretanto, apesar de a maioria delas não ter planejado, 225 (92,2%) desejaram a última gravidez.

O intervalo interpartal teve média de 45,7 meses (dp=34,5) e mediana de 36 meses. O intervalo mínimo foi de seis meses e o máximo de 276. A maioria das

mulheres teve o intervalo de mais de dois anos (105-57,1%) entre as gestações.

Considerando a última gravidez, a maioria, 236 (96,7%), das participantes realizou pré-natal.

A ocorrência de problemas de saúde relacionados à maternidade foi referida por 28 (11,5%) mulheres, sendo a principal causa a hipertensão arterial (21-75,0%). Entre as que tiveram intercorrências durante a gravidez (39-16,0%), a pré-eclâmpsia (15-38,4%) foi a mais citada.

## 4.3. Saúde mental

### 4.3.1 Transtornos Mentais Comuns

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das participantes do estudo à escala SRQ-20.

A consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach* no SRQ-20 foi de 0,87.

A prevalência de TMC foi de 35,7%.

Na análise bivariada, as variáveis: não realizar atividade de lazer ($p$=0,04), possuir doença crônica ($p$<0,001) e ter convivência “ruim” com o companheiro ($p$<0,001) associaram-se ao TMC, Tabela 6.

A Tabela 6, a seguir, apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva relacionadas ao TMC, entre as mulheres residentes na zona rural.

Tabela 6 – Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | POSSUI TMC | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SIM | | NÃO | | | | |
| | n | % | n | % | RP (IC95%) | *RCP*$_{bruta}$ *(IC95%)* | *p** |
| **Mora com companheiro** | | | | | | | 0,25 |
| Sim | 87 | 37,2 | 147 | 62,8 | 1,32 | 1,50 | |
| Não | 13 | 28,3 | 33 | 71,7 | (0,81-2,15) | (0,75-3,01) | |
| **Ocupação remunerada** | | | | | | | 0,80 |
| Sim | 39 | 34,8 | 73 | 65,2 | 0,96 | 0,94 | |
| Não | 61 | 36,3 | 107 | 63,7 | (0,69-1,33) | (0,57-1,55) | |
| **Renda individual** | | | | | | | 0,56 |
| Sim | 57 | 37,3 | 96 | 62,7 | 1,10 | 1,16 | |
| Não | 43 | 33,9 | 84 | 66,1 | (0,80-1,51) | (0,71-1,90) | |
| **Valor da renda individual mensal** | | | | | | | 0,10 |
| Menos de um salário-mínimo | 26 | 45,6 | 31 | 54,4 | 1,41 | 1,76 | |
| Um ou mais salários-mínimos | 31 | 32,3 | 65 | 67,7 | (0,94-2,12) | (0,90-3,45) | |
| **Atividade física** | | | | | | | 0,30 |
| Sim | 16 | 29,6 | 38 | 70,4 | 0,80 | 0,71 | |
| Não | 84 | 37,2 | 142 | 62,8 | (0,51-1,24) | (0,37-1,35) | |
| **Atividade de lazer** | | | | | | | **0,04** |
| Sim | 46 | 30,3 | 106 | 69,7 | 0,72 | 0,60 | |
| Não | 54 | 42,2 | 74 | 57,8 | (0,52-0,98) | (0,36-0,97) | |
| **Hábito de fumar** | | | | | | | 0,06 |
| Sim | 28 | 45,9 | 33 | 54,1 | 1,40 | 1,73 | |
| Não | 72 | 32,9 | 147 | 67,1 | (1,00-1,95) | (0,97-3,09) | |
| **Doença crônica** | | | | | | | **<0,001** |
| Sim | 41 | 56,2 | 32 | 43,8 | 1,97 | 3,21 | |
| Não | 59 | 28,5 | 148 | 71,5 | (1,47-2,65) | (1,85-5,58) | |
| **Convivência com companheiro** | | | | | | | **<0,001** |
| Boa | 72 | 33,5 | 143 | 66,5 | 0,42 | 0,13 | |
| Ruim | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | (0,32-0,57) | (0,04-0,42) | |

continua...

| VARIÁVEIS | POSSUI TMC | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SIM | | NÃO | | | | |
| | n | % | n | % | RP (IC95%) | *RCP bruta (IC95%)* | *p** |
| **Filhos** | | | | | | | 0,16 |
| Sim | 89 | 37,4 | 149 | 62,6 | 1,43 | 1,68 | |
| Não | 11 | 26,2 | 31 | 73,8 | (0,84-2,44) | (0,81-3,52) | |
| **Aborto** | | | | | | | 0,45 |
| Sim | 18 | 42,9 | 24 | 57,1 | 1,17 | 1,30 | |
| Não | 74 | 36,6 | 128 | 63,4 | (0,79-1,73) | (0,66-2,55) | |

conclusão

*valor de *p* para o Teste Qui-Quadrado.

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, referente à associação das variáveis escolaridade, renda individual, atividade de lazer, convivência com companheiro e número de filhos vivos com o TMC.

As variáveis escolaridade (RCPajustada= 0,88; IC95,0% (0,80-0,98) *p*=0,02) e convivência com companheiro (RCPajustada= 0,16; IC95,0% (0,05-0,51); *p*=0,002) associaram-se ao TMC, mesmo após o ajuste para as demais variáveis previamente reconhecidas na literatura nacional e internacional. Portanto, a “boa” convivência com o companheiro reduz em 84% as chances de a mulher ter TMC, assim como para cada ano a mais de estudo, diminuem em 12% as chances de a mulher ter TMC, mesmo após ajustar para as variáveis renda individual, atividade de lazer e número de filhos.

Em relação à escolaridade, é oportuno destacar que, entre as mulheres com TMC, a média foi de 6,0 anos de estudo (dp=3,2) e mediana de 6,0 anos de estudo, e, entre as que não apresentaram TMC, a média foi 7,5 anos de estudo (dp=3,2) e mediana de 8,0 anos de estudo.

A média de filhos vivos, entre as mulheres com TMC, foi de 2,9 filhos (dp=1,6) e mediana de 3,0 filhos, e, entre as que não apresentaram TMC, a média foi de 2,3 (dp=1,3) filhos e mediana de 2,0 filhos.

Tabela 7 - Associação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão logística múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | POSSUI TMC | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SIM | | NÃO | | | | |
| | n | % | n | % | *RCPbruta (IC95%)* | *RCPajustada (IC95%)* | *p** |
| **Escolaridade**** | - | - | - | - | - | 0,88 (0,80-0,98) | **0,02** |
| **Renda individual** | | | | | | | |
| Sim | 57 | 37,3 | 96 | 62,7 | 1,16 | 1,19 | 0,57 |
| Não | 43 | 33,9 | 84 | 66,1 | (0,71-1,90) | (0,66-2,16) | |
| **Atividade de lazer** | | | | | | | |
| Sim | 46 | 30,3 | 106 | 69,7 | 0,60 | 0,82 | 0,51 |
| Não | 54 | 42,2 | 74 | 57,8 | (0,36-0,97) | (0,45-1,49) | |
| **Convivência com companheiro** | | | | | | | |
| Boa | 72 | 33,5 | 143 | 66,5 | 0,13 | 0,16 | **0,002** |
| Ruim | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | (0,04-0,42) | (0,05-0,51) | |
| **Número de filhos vivos**** | - | - | - | - | - | 1,11 (0,90-1,38) | 0,33 |

***valor de *p* para o teste de máxima verossimilhança.
**variável quantitativa.

### 4.3.2 Sintomas de ansiedade

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das participantes do estudo às escalas do IDATE-Estado e IDATE-Traço.

As consistências internas, medidas pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach* das escalas IDATE-Estado e IDATE-Traço, foram de 0,93 e 0,91, respectivamente.

#### 4.3.2.1 Sintomas de ansiedade-estado

Na escala de ansiedade-estado, o escore médio das entrevistadas foi de 38,3 pontos (dp=11,6) e mediana de 35,0 pontos, com variação entre 20 e 76.

Na análise bivariada, as variáveis: não ter ocupação (*p*=0,03), não realizar atividade física (*p*=0,03), não realizar atividade de lazer (*p*=0,04), ter convivência "ruim" com companheiro (*p*=0,002) estiveram associadas a maior escore dos sintomas de ansiedade-estado, Tabela 8.

A Tabela 8, a seguir, apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva, segundo o escore dos sintomas de ansiedade-estado.

Tabela 8 – Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-estado, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | IDATE-Estado | | |
|---|---|---|---|
| | **Média** | **Desvio- padrão** | ***p**** |
| **Mora com companheiro** | | | 0,49 |
| Sim | 38,5 | 11,7 | |
| Não | 37,2 | 11,7 | |
| **Ocupação remunerada** | | | **0,03** |
| Sim | 36,5 | 10,3 | |
| Não | 39,5 | 12,3 | |
| **Renda individual** | | | 0,54 |
| Sim | 37,9 | 11,0 | |
| Não | 38,8 | 12,4 | |
| **Valor da renda individual mensal** | | | 0,27 |
| Menos de um salário-mínimo | 39,2 | 10,8 | |
| Um ou mais salário-mínimo | 37,1 | 11,0 | |
| **Atividade física** | | | **0,03** |
| Sim | 35,2 | 10,1 | |
| Não | 39,0 | 11,9 | |
| **Atividade de lazer** | | | **0,04** |
| Sim | 37,0 | 11,2 | |
| Não | 39,9 | 12,1 | |
| **Hábito de fumar** | | | 0,36 |
| Sim | 39,5 | 12,0 | |
| Não | 37,9 | 11,5 | |
| **Doença crônica** | | | 0,09 |
| Sim | 40,4 | 13,1 | |
| Não | 37,5 | 11,0 | |
| **Convivência com companheiro** | | | **0,002** |
| Boa | 37,4 | 10,6 | |
| Ruim | 50,8 | 15,7 | |
| **Filhos** | | | 0,08 |
| Sim | 38,8 | 11,7 | |
| Não | 35,3 | 11,0 | |
| **Aborto** | | | |
| Sim | 40,1 | 13,5 | 0,51 |
| Não | 38,7 | 11,6 | |

***valor de *p* para o Teste *t* Student.

#### 4.3.2.2 Sintomas de ansiedade-traço

O escore médio das entrevistadas na escala ansiedade-traço foi de 41,4 pontos (dp=11,9) e mediana de 40,0 pontos, com variação entre 23 e 71.

Na análise bivariada, as variáveis: não realizar atividade física ($p$=0,02), não realizar atividade de lazer ($p$=0,02), possuir doença crônica ($p$=0,006) e ter convivência “ruim” com companheiro ($p$<0,001) associaram-se a maior escore dos sintomas de ansiedade-traço, Tabela 9.

A Tabela 9 apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva, segundo o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

Tabela 9 – Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | IDATE-Traço | | |
|---|---|---|---|
| | Média | Desvio- padrão | *p** |
| **Mora com companheiro** | | | 0,92 |
| Sim | 41,4 | 12,1 | |
| Não | 41,6 | 10,9 | |
| **Ocupação remunerada** | | | 0,12 |
| Sim | 40,1 | 11,9 | |
| Não | 42,3 | 11,9 | |
| **Renda individual** | | | 0,58 |
| Sim | 41,1 | 12,0 | |
| Não | 41,8 | 11,9 | |
| **Valor da renda individual mensal** | | | 0,54 |
| Menos de um salário-mínimo | 41,8 | 11,9 | |
| Um ou mais salário-mínimo | 40,6 | 12,1 | |
| **Atividade física** | | | **0,02** |
| Sim | 37,9 | 11,0 | |
| Não | 42,3 | 12,0 | |
| **Atividade de lazer** | | | **0,02** |
| Sim | 39,9 | 11,6 | |
| Não | 43,2 | 12,2 | |
| **Hábito de fumar** | | | 0,07 |
| Sim | 44,2 | 14,1 | |
| Não | 40,6 | 11,2 | |
| **Doença crônica** | | | **0,006** |
| Sim | 44,7 | 12,9 | |
| Não | 40,2 | 11,4 | |
| **Convivência com companheiro** | | | **<0,001** |
| Boa | 40,4 | 11,7 | |
| Ruim | 52,7 | 12,0 | |
| **Filhos** | | | 0,26 |
| Sim | 41,7 | 11,9 | |
| Não | 39,5 | 12,0 | |
| **Aborto** | | | |
| Sim | 45,0 | 13,5 | 0,07 |
| Não | 41,4 | 11,7 | |

*valor de *p* para o Teste *t* Student.

#### 4.3.2.3 Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço

A Tabela 10 apresenta a correlação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva com os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Observamos que quanto maior o número de pessoas residentes no domicílio (*p*=0,003), maior o número de filhos vivos (*p*<0,001) e menor a idade da mulher na primeira gravidez (*p*=0,02), maior o escore dos sintomas de ansiedade-estado.

Quanto maior o número de pessoas que residem no domicílio (*p*=0,02), maior o número de filhos vivos (*p*=0,008), menor a escolaridade (*p*=0,03) e menor a idade da mulher na primeira gravidez (*p*=0,04), maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço, Tabela 10.

Tabela 10 - Correlação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | IDATE-Estado | | IDATE-Traço | |
|---|---|---|---|---|
| | r | *p** | r | *p** |
| **Idade** | -0,04 | 0,46 | -0,09 | 0,14 |
| **Escolaridade** | -0,09 | 0,15 | -0,13 | **0,03** |
| **Tempo de relacionamento** | -0,10 | 0,13 | -0,09 | 0,19 |
| **Número de pessoas que residem no domicílio** | 0,18 | **0,003** | 0,14 | **0,02** |
| **Número de filhos vivos** | 0,23 | **<0,001** | 0,17 | **0,008** |
| **Idade da mulher na primeira gravidez** | -0,15 | **0,02** | -0,13 | **0,04** |

***valor de *p* de *Pearson*.

A Tabela 11 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla, referentes à relação entre as variáveis idade, escolaridade, renda individual, convivência com companheiro e número de filhos vivos e os escores das participantes no IDATE-Estado e no IDATE-Traço.

As mulheres que referiram convivência “ruim” com o companheiro

apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-estado (Beta=0,30; *p* <0,001) e ansiedade-traço (Beta=0,27; *p* <0,001) do que aquelas que possuíam uma "boa" convivência, mesmo após ajustar para as demais variáveis previamente identificadas na literatura científica.

Ressaltamos que, além da convivência com companheiro, a variável número de filhos foi preditor estatisticamente significativo dos escores dos sintomas de ansiedade-estado *(p* <0,001) e ansiedade-traço *(p*=0,02). Portanto, quanto maior o número de filhos, maiores os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

A variável idade também foi preditor estatisticamente significativo do escore dos sintomas de ansiedade-traço *(p*=0,01). Quanto menor a idade, maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

Tabela 11 - Relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015.

| **VARIÁVEIS** | **Beta** | **Escore no IDATE** *p** |
|---|---|---|
| | | **IDATE-Estado** |
| **Idade**** | -0,12 | 0,07 |
| **Escolaridade**** | 0,01 | 0,94 |
| **Renda individual (sim=0; não=1)** | 0,06 | 0,37 |
| **Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)** | 0,30 | **<0,001** |
| **Número de filhos vivos**** | 0,25 | **<0,001** |
| | | **IDATE-Traço** |
| **Idade**** | -0,18 | **0,01** |
| **Escolaridade**** | -0,10 | 0,19 |
| **Renda individual (sim=0; não=1)** | 0,04 | 0,55 |
| **Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)** | 0,27 | **<0,001** |
| **Número de filhos vivos**** | 0,18 | **0,02** |

***valor de *p* para o teste de mínimos quadrados.
**variável quantitativa.

### 4.3.3 Sintomas de depressão

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das participantes do estudo ao BDI.

A consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach* no BDI foi de 0,93.

No BDI, o escore médio das entrevistadas foi de 8,3 (dp=9,5) pontos e mediana de 5,0 pontos, com variação entre 0 e 45.

Na análise bivariada, as mulheres que referiram não realizar atividade física ($p$=0,02), possuir doença crônica ($p$=<0,001), ter convivência “ruim” com companheiro ($p$<0,001) e ter filhos ($p$=0,03) obtiveram maior escore para sintomas de depressão, Tabela 12.

A Tabela 12 apresenta a análise bivariada, das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva, segundo o escore dos sintomas de depressão.

Tabela 12 – Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | SINTOMAS DE DEPRESSÃO | | |
|---|---|---|---|
| | Média | Desvio- padrão | *p** |
| **Mora com companheiro** | | | 0,11 |
| Sim | 8,6 | 10,0 | |
| Não | 6,8 | 6,4 | |
| **Ocupação remunerada** | | | 0,46 |
| Sim | 7,8 | 9,8 | |
| Não | 8,7 | 9,3 | |
| **Renda individual** | | | 0,58 |
| Sim | 8,6 | 9,8 | |
| Não | 8,0 | 9,2 | |
| **Valor da renda individual mensal** | | | 0,59 |
| Menos de um salário-mínimo | 9,2 | 8,9 | |
| Um ou mais salário-mínimo | 8,3 | 10,4 | |
| **Atividade física** | | | **0,02** |
| Sim | 5,9 | 7,8 | |
| Não | 8,9 | 9,8 | |
| **Atividade de lazer** | | | 0,08 |
| Sim | 7,4 | 9,8 | |
| Não | 9,4 | 9,2 | |
| **Hábito de fumar** | | | 0,06 |
| Sim | 10,6 | 10,7 | |
| Não | 7,7 | 9,1 | |
| **Doença crônica** | | | **<0,001** |
| Sim | 12,5 | 11,5 | |
| Não | 6,9 | 8,3 | |
| **Convivência com companheiro** | | | **<0,001** |
| Boa | 7,6 | 9,2 | |
| Ruim | 20,6 | 11,7 | |
| **Filhos** | | | **0,03** |
| Sim | 8,8 | 9,8 | |
| Não | 5,8 | 7,3 | |
| **Aborto** | | | 0,18 |
| Sim | 10,6 | 11,7 | |
| Não | 8,4 | 9,3 | |

***valor de *p* para o Teste *t* Student.

A Tabela 13 apresenta a correlação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva com o escore dos sintomas de depressão.

Observamos que quanto maior o número de pessoas que residem no domicílio (*p*=0,01), maior o número de filhos vivos (*p*<0,001), menor a escolaridade (*p*=0,005) e menor a idade da mulher na primeira gravidez (*p*=0,007), maior o escore dos sintomas de depressão, Tabela 13.

Tabela 13 - Correlação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2014-2015.

| **VARIÁVEIS** | **SINTOMAS DE DEPRESSÃO** *r* | ***p**** |
|---|---|---|
| **Idade** | 0,04 | 0,54 |
| **Escolaridade** | -0,17 | **0,005** |
| **Tempo de relacionamento** | -0,03 | 0,66 |
| **Número de pessoas que residem no domicílio** | 0,15 | **0,01** |
| **Número de filhos vivos** | 0,22 | **<0,001** |
| **Idade da mulher na primeira gravidez** | -0,17 | **0,007** |

***valor de *p* de *Pearson*.

A Tabela 14 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla, referentes à relação entre as variáveis idade, escolaridade, renda individual, convivência com companheiro e número de filhos e o escore no BDI.

As participantes que referiram convivência “ruim” com o companheiro tiveram maior escore dos sintomas de depressão (Beta=0,34; *p*<0,001), do que aquelas que possuíam uma “boa” convivência, mesmo após o ajuste para as demais variáveis previamente reconhecidas na literatura científica.

Além da convivência com companheiro, a variável número de filhos (*p*= 0,01) foi preditor estatisticamente significativo do escore dos sintomas de depressão. Portanto, quanto maior o número de filhos, maior o escore dos sintomas de depressão.

Tabela 14 - Relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla. Uberaba-MG, 2014-2015.

| **VARIÁVEIS** | **SINTOMAS DE DEPRESSÃO** | |
|---|---|---|
| | **Beta** | ***p**** |
| **Idade**** | -0,06 | 0,41 |
| **Escolaridade**** | -0,08 | 0,24 |
| **Renda individual (sim=0; não=1)** | -0,01 | 0,83 |
| **Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)** | 0,34 | **< 0,001** |
| **Número de filhos vivos**** | 0,18 | **0,01** |

*valor de *p* para o teste de mínimos quadrados.
**variável quantitativa.

# 5. DISCUSSÃO

## 5.1 Caracterização das participantes do estudo

### 5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas

O grupo em estudo constituiu-se de 280 mulheres de 15 a 49 anos, com média de idade de 33,6 anos, a maioria na faixa etária entre 30 e 39 anos (34,3%), seguida de 40 a 49 anos (32,9%). No Brasil, resultados diferentes foram encontrados em mulheres rurais. Em estudo realizado com mães na zona rural da região do semiárido de Alagoas, a faixa etária prevalente foi de 15 a 25 anos, considerando a faixa etária de estudo que foi de 15 a 45 anos (PAFFER et al., 2012).

Internacionalmente, estudos realizados com mulheres em idade fértil de áreas rurais de Bangladesh, os autores evidenciaram uma população mais jovem, quando comparada com o presente estudo. Em pesquisa desenvolvida com 500 mulheres casadas de 15 a 49 anos, da área rural de Bogra Sadar Upazila, Bangladesh, a faixa etária predominante foi de 20 a 24 anos (24,5%), seguida de 25 a 29 anos (23,5%) (ALAM, 2012). Assim como em outro estudo com 534 mulheres casadas de 15 a 49 anos, da comunidade rural de Dhamrai Upazila, Dhaka, também de Bangladesh, em que 31,46% das participantes encontravam-se na faixa etária entre 25 e 29 anos, com média de idade de 29 anos (RAHMAN et al., 2013). Estes dados estão em concordância com a investigação desenvolvida na área rural de Meherpur, distrito de Bangladesh, com 300 mulheres casadas em idade reprodutiva, onde a faixa etária predominante foi de 25-30 anos (31,0%) (HOSSAIN; MONDAL; AKTER, 2011).

Esses resultados confirmam outros estudos, como o realizado na Etiópia, com mulheres de 15 a 49 anos, onde os autores encontraram um percentual maior de mulheres jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos (37,0%), seguida de 25 a 34 anos (32,0%) e média de 29,87 anos (DEYESSA et al, 2008).

Considerando as idades identificadas nos diferentes estudos, a idade das entrevistadas no nosso estudo foi superior, evidenciando um perfil de população não tão jovem como nos demais estudos nacionais e internacionais.

Entretanto, como no presente estudo, na China, uma pesquisa com 1.058 mulheres em idade fértil, de áreas rurais, a idade predominante foi entre 36 e 49 anos, com média de 35,19 anos (CAO et al., 2015), assim como em investigação realizada em área rural da Etiópia, entre mulheres em idade reprodutiva, a média de idade foi de 33 anos (ALEMAYEHU et al., 2015), confirmando os achados do presente estudo.

No que se refere à cor, a maioria considerou-se branca (72,1%). Dado similar ao encontrado entre mulheres trabalhadoras rurais do interior do Estado do Rio Grande do Sul (91,8%) (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015).

Quanto à situação conjugal das participantes, a maioria era casada ou tinha uma união estável (83,6%). O tempo médio de relacionamento foi de 159,1 meses. Resultado semelhante ao estudo realizado no Rio Grande do Sul, onde 87,9% das mulheres rurais eram casadas (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015). No Ceará, 68% das mulheres residentes em uma comunidade rural eram unidas maritalmente (NICOLAU et al., 2012), assim como em uma pesquisa com mulheres residentes em um assentamento rural do Rio Grande do Norte, onde 73,9% eram casadas ou viviam em união estável (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Esses resultados estão em concordância com os encontrados pela PNDS-2006, que identificou que 72,5% das mulheres rurais tinham uma união estável (BRASIL, 2009). Fato não evidenciado no estudo em Alagoas, onde a maioria das entrevistadas não possuía parceiro (PAFFER et al., 2012).

Em estudos internacionais, com mulheres de áreas rurais, os resultados corroboram o nosso estudo. Em Minesota nos Estados Unidos, aproximadamente 75% eram casadas ou em união estável (ROHRER; BORDERS; BLANTON, 2008), assim como em pesquisa realizada no México (71,8%) (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007), em Honduras (74,3%) (PARDO et al., 2010), na Carolina do Norte – Estados Unidos (86,7%) (FOX; KIM-GODWIN, 2011) e na Etiópia (66,1%) (DEYESSA et al., 2008).

Essa é uma realidade verificada no contexto rural, na maioria das vezes, as mulheres que optam por viver no campo são casadas ou unidas, e as consideradas solteiras, viúvas ou divorciadas são aquelas que ainda moram com os pais ou familiares, ou são proprietárias da terra, e mesmo após a separação ou perda do companheiro, optaram em manter a residência na área rural.

A escolaridade média foi de sete anos de estudo, com predomínio de

cinco a oito anos (36,4%), seguido de nove a onze anos de estudo (33,2%). No Brasil, em pesquisa realizada na zona rural de Alagoas, houve uma maior prevalência de mães com menos de quatro anos de estudo (PAFFER et al., 2012). No interior do Rio Grande do Sul, 65,9% das participantes não haviam completado o ensino fundamental (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015), assim como em uma comunidade rural do Ceará, em que 74,0% das participantes possuíam no máximo o ensino fundamental (NICOLAU et al., 2012), dado também evidenciado em pesquisa realizada entre trabalhadoras rurais assentadas do Rio Grande do Norte, em que, entre as que estudaram, a maioria completou somente o ensino fundamental (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Na PNDS-2006, a média de idade das mulheres das áreas rurais foi de 6,5 anos de estudo (BRASIL, 2009).

Internacionalmente, em estudo realizado na Índia, 84,9% das mulheres rurais tinham escolaridade inferior ao ensino médio (SHIDHAYE; PATEL, 2010). Pesquisa desenvolvida no Vietnã, 49,8% das participantes tinham completado de seis a nove anos de estudo (TRAN; TRAN; FISHER, 2013). Ademais, em estudo conduzido em comunidades rurais da região central de Honduras, aproximadamente 60,3% das participantes tinham menos de seis anos de estudo (PARDO et al., 2010).

Entre as mulheres rurais de Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh, a maioria tinha nível primário (33%) e secundário (39%) (RAHMAN et al., 2013). Dado inferior foi identificado em estudo desenvolvido no Quênia, onde 81% das mulheres rurais, em idade fértil, tinham até o ensino primário (JUMA; MUTOMBO; MUKIIRA, 2015).

Em estudo realizado com mulheres em Bangladesh, 26% eram analfabetas (ALAM, 2012), assim como em estudo conduzido em outra região, de Bangladesh (15%) (RAHMAN et al., 2013) e em Honduras (13,3%) (PARDO et al., 2010). No Brasil, no Rio Grande do Sul, 6,6% eram analfabetas (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015) e na pesquisa com mulheres residentes de um assentamento rural do Rio Grande do Norte, 50,0% (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Os dados de analfabetismo citados nos estudos foram superiores aos encontrados na presente investigação que foi de 3,6%.

A falta de oportunidade de educação nas áreas rurais é responsável pela existência de uma lacuna entre mulheres urbanas e rurais, o que leva ao agravamento da situação das mulheres rurais, principalmente nas questões da

participação social. A educação pode redefinir o papel e o *status* da mulher, inclusive trazer mudanças no tamanho da família, na fertilidade e na participação e tomada de decisões (BADSIWAL, 2015).

A religião predominante entre as participantes foi a católica (62,1%). Resultado semelhante foi apresentado em uma pesquisa com mulheres latinas em área do sudeste rural na Carolina do Norte, Estados Unidos, onde 66,2% eram católicas (FOX; KIM-GODWIN, 2011). Ao contrário do estudo no Quênia, em que a minoria relatou ser católicas (30%), em relação aos não católicos (JUMA; MUTOMBO; MUKIIRA, 2015).

As comparações com a religião foram dificultadas pelas diferenças de religiões das populações e dos países.

Em relação à ocupação, a maioria das participantes não possuía ocupação remunerada, sendo classificadas como do lar (55,7%). Entre as que possuíam ocupação remunerada, o mercado informal foi o mais prevalente, quando relacionado à renda individual mensal.

Entre as participantes, 45,4% não possuíam renda individual. Entre as que tinham algum tipo de renda individual, a faixa salarial individual predominante foi de um salário-mínimo (51,0%). Verificamos que 37,2% das mulheres tinham renda inferior a um salário-mínimo.

Dados superiores aos apresentados no presente estudo foram identificados em dois estudos realizados em Bangladesh, em áreas distintas, no qual 91,0% e 86,0% das mulheres eram donas de casas (ALAM, 2012; RAHMAN et al., 2013). Entretanto, em outro estudo com 200 mulheres rurais, realizado no mesmo país Bangladesh, quase metade das participantes estava envolvida em atividades geradoras de renda, sendo que a maioria (63,9%) trabalhou durante todo o ano, 34,3% trabalharam sazonalmente e 1,9% trabalhou ocasionalmente (SHARIFUL ISLAM; MAINUDDIN, 2015). Essa foi uma realidade encontrada no presente estudo, porém não explorada. Algumas mulheres relataram trabalho sazonal e esporádico, determinado pela época da colheita, por exemplo.

De acordo com a PNDS-2006, as mulheres residentes na zona rural apresentaram uma proporção duas vezes maior entre aquelas que nunca trabalharam, quando comparadas com as residentes na área urbana, desempenhando, na maioria das vezes, suas atividades na própria casa. Da mesma forma, constatamos um percentual inferior de mulheres residentes no campo, com

carteira assinada (BRASIL, 2009).

Sabemos que apesar de essas mulheres serem classificadas como do lar, o trabalho desempenhado por elas vai além das atividades culturalmente desempenhadas pelas mulheres, como cuidadoras do lar. No meio rural, essas atividades se estendem para as atividades próprias desse contexto, como cuidar da casa, dos animais, hortaliças, frutas, entre diversas outras que se especificam para cada realidade. Como foi evidenciado em estudo no Rio Grande do Sul, onde 96,7% das participantes realizavam trabalho agrícola e doméstico (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015), assim como na pesquisa com mulheres rurais assentadas, em que quase todas eram agricultoras, criadoras de animais e donas de casa (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

A presença da mulher no trabalho assalariado ou no campo não apresentou modificações no seu papel quase exclusivo pelo trabalho doméstico e o cuidado com a família. Historicamente, várias dessas atividades desempenhadas pelas mulheres são consideradas uma extensão do trabalho doméstico. Muitas vezes essas mulheres executam as atividades sem proteção legal, sujeitas a longas jornadas de trabalho e com baixa ou nenhuma remuneração (DI SABBATO et al., 2009).

Entretanto, ressaltamos que a falta de oferta de trabalho no campo é uma realidade. A baixa oferta, associada à dificuldade de locomoção, compromete a possibilidade de uma opção de renda. As ofertas de trabalho, no presente estudo, estiveram relacionadas a: trabalho doméstico, na residência do proprietário da fazenda ou de outras pessoas que residem na própria fazenda, trabalho em bares, restaurantes e posto de gasolina da região, na colheita de plantações como batata e cenoura, e aquelas com melhor escolaridade e qualificação ou que tiveram uma oportunidade de emprego possuíam trabalho na cidade, indo e vindo diariamente, entre outras.

A renda familiar predominante foi entre um e dois salários-mínimos (37,2%). No Rio Grande do Norte, a maioria das famílias (84,2%) de mulheres residentes, de um assentamento rural, vivia com até um salário-mínimo por mês (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Estudo no Rio Grande do Sul, a média da renda mensal familiar foi de 1.500 reais (CEZAR-VAZ; BONOW; SILVA, 2015). Valor inferior foi encontrado na comunidade rural do Ceará, onde 92,0% das participantes possuíam rendimento familiar de até 500 reais, variando de nenhuma renda até esse

valor citado (NICOLAU et al., 2012).

Ressaltamos que esses estudos foram realizados em épocas diferentes, porém retratam uma realidade de baixa renda vivenciada pela população residente no campo, com valores abaixo ou pouco acima a um salário-mínimo. Ademais, no nosso estudo, três (1,1%) mulheres referiram renda familiar superior a seis salários-mínimos. Este quadro é característico de proprietários rurais que possuem diversas formas de renda e não a assalariada, como a maioria das famílias das participantes do estudo.

Internacionalmente, no estudo em Bangladesh, as mulheres foram classificadas quanto ao índice de riqueza, e 88% delas estavam entre classe baixa para média (SHARIFUL ISLAM; MAINUDDIN, 2015).

As comparações relativas à renda individual e familiar com pesquisas internacionais foram dificultadas pela diferença na mensuração da renda e nas moedas usadas, nos diferentes países.

No que diz respeito ao provedor da família, a maioria referiu o companheiro (51,1%), entretanto 27,5% referiram que elas eram a provedora com o companheiro. Em pesquisa desenvolvida em Honduras, 70,9% das mulheres rurais eram dependentes economicamente, e em 13,1% a fonte de renda era compartilhada (PARDO et al., 2010). Na pesquisa em Dhamrai Upazila, Dhaka – Bangladesh, 86% das mulheres referiram ser dependentes do marido (RAHMAN et al., 2013).

O número de pessoas residentes no domicílio teve média de 4,1 pessoas, sendo o predomínio de duas a quatro pessoas (65,3%) que residiam no mesmo domicílio. Dado similar ao encontrado com trabalhadoras rurais assentadas do Rio Grande do Norte que, em média, possuíam quatro pessoas por domicílio (36,1%) (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Ademais, em pesquisa desenvolvida em área rural de Bangladesh, 59,5% possuíam menos de quatro membros na família (ALAM, 2012). Por outro lado, em estudo realizado também em Bangladesh, a maioria das participantes possuía entre quatro e seis membros na família (57,0%) (HOSSAIN; MONDAL; AKTER, 2011), dado superior ao México, onde a média era de quase seis pessoas por casa (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007).

A quantidade de pessoas por domicílio contribui para um maior apoio social, por outro lado dividir o espaço físico com muitas pessoas diminui a privacidade que, ao longo prazo, pode contribuir como um fator estressante

(COSTA; LUDEMIR, 2005).

### 5.1.2 Características comportamentais

Em relação às características comportamentais, no presente estudo, a maioria das participantes não realizava atividade física (80,7%), não fumava (78,2%) e não fazia uso de bebidas alcóolicas (77,5%) e drogas ilícitas (100%). A maioria referiu não possuir doença crônica (73,9%) e ter atividades de lazer (54,3%), sendo a mais citada a visita à família.

Considerando a realização de atividade física, dados diferentes foram apresentados em estudo nos Estados Unidos com mulheres rurais, na faixa etária de 20-50 anos, elas foram categorizadas em três grupos, onde 39% realizavam atividade física de acordo com as recomendações (atividade moderada cinco vezes por semana durante, pelo menos, 30 minutos ou atividade vigorosa três vezes por semana durante, pelo menos, 20 minutos), 46% eram insuficientemente ativas (não atendiam às recomendações) e 15% eram inativas (sem atividades moderadas ou vigorosas) (SANDERSON et al., 2003).

Outra pesquisa, também desenvolvida em áreas rurais dos Estados Unidos e com mulheres na faixa etária de 20 a 50 anos, evidenciou que entre as 1.000 participantes, 52% praticavam atividade física de forma moderada ou vigorosa, 40,1% eram insuficientemente ativas e 7,9% inativas para atividade física (EYLER, 2003).

A caminhada foi a atividade física mais citada entre as mulheres do presente estudo (83,3%). Consideramos que o ambiente rural facilita esse tipo de atividade, ao contrário de outras atividades que dependem de espaço físico, equipamentos, recursos financeiros, entre outros.

Residir na área rural pode dificultar a prática de atividade física e de lazer desta população. A distância, a dificuldade de transporte e o baixo nível socioeconômico podem ser fatores dificultadores para essas atividades. Além disso, as mulheres muitas vezes têm múltiplas funções como mãe, esposa, cuidadora e trabalhadora. Estes múltiplos papéis muitas vezes tornam difíceis a prática de atividade física (EYLER, 2003).

O trabalho rural necessita de uma maior dedicação, muitas vezes exaustivo e com longa duração. Apesar de 80,7% das participantes afirmarem que não realizam atividade física, sabemos que o tipo de trabalho realizado no campo por muitas dessas mulheres necessita de muito esforço e de longas horas de atividades. Portanto, acreditamos que muitas delas realizam algum tipo de esforço físico que pode ser benéfico para a sua saúde, e não sendo especificamente uma prática de esporte.

No estudo com mulheres moradoras de comunidades rurais do Mato Grosso, os autores evidenciaram que o panorama do lazer, no meio rural, tem como primeiro plano a aquisição de tempo e espaço, a fim de usufruir o tempo livre e de lazer. A possibilidade de descansar das atividades laborais ou simplesmente se divertir é considerada uma conquista. No segundo plano, o desenvolvimento pessoal que o lazer pode proporcionar com novos conhecimentos, experiências, desejos e projetos (GRUNENNVALDT et al., 2014).

As atividades de lazer podem trazer momentos de rompimento com as rotinas diárias, quando se distanciam dos labores cotidianos. Os momentos de lazer proporcionam não apenas ausência de trabalho, mas também o distanciamento dele, e a oportunidade de fazer algo diferente, portanto, uma quebra na rotina (GRUNENNVALDT et al., 2014).

Destarte que o ambiente rural pode representar um maior número de pessoas inativas fisicamente no lazer, influenciando as condições de saúde e qualidade de vida (PEGORARI et al., 2015).

Em pesquisa realizada em Honduras, 24,4% das participantes referiram alguma doença, sendo as mais comuns hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outras (PARDO et al., 2010). Dados também constatados nesta pesquisa, quando questionadas sobre possuírem doenças crônicas.

Os dados do presente estudo confirmam resultados apresentados em outras pesquisas sobre tabagismo, uso de drogas e álcool em mulheres rurais. Em investigação realizada no México, a maioria das mulheres rurais não fumava ou fazia uso de bebida com álcool (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007). Resultado semelhante nos Estados Unidos, onde 27,4% eram fumantes atuais (WEWERS et al., 2012). Em comunidades rurais da região de Honduras, 100% das mulheres afirmaram não fazer uso de drogas, fato também evidenciando em nosso estudo (PARDO et al., 2010).

A “boa” convivência com o companheiro foi identificada na presente investigação (91,9%). Entretanto, em pesquisa conduzida entre gestantes da área rural de Bangladesh, 23,9% possuíam má relação com o marido (NASREEN et al., 2011).

## 5.2 Saúde reprodutiva

### 5.2.1 Características ginecológicas

Em relação à história ginecológica, a menarca apresentou média de idade de 12,3 anos e a primeira relação sexual média de idade de 16,8 anos.

A primeira atividade sexual das mulheres ocorre na adolescência tardia, entre 15 e 19 anos de idade, em quase todas as partes do mundo (WELLINGS et al. 2006). Fatores como baixa escolaridade e baixa renda familiar podem ter forte influência no início precoce da vida sexual, devido ao adiantamento de algumas etapas evolutivas (HUGO et al., 2011).

No que diz respeito às práticas contraceptivas, a maioria (82,1%) usou MAC, sendo os principais a laqueadura tubária e o hormonal oral. Em pesquisa realizada em Bangladesh, 74,5% das mulheres rurais faziam uso de MAC (ALAM, 2012). Por outro lado, em outro estudo, em Bangladesh, quase metade das mulheres (45%) não utilizava qualquer método contraceptivo (SHARIFUL ISLAM; MAINUDDIN, 2015), assim como em estudo no Quênia, onde cerca de metade das mulheres não utilizava métodos de contracepção e, entre as que relataram usar, a maioria usava um método de longa ação ou permanente (JUMA; MUTOMBO; MUKIIRA, 2015).

No Brasil, a PNDS-2006 evidenciou a alta prevalência do uso de métodos anticoncepcionais entre as mulheres unidas (80,6%) e as não unidas, mas sexualmente ativas (75,2%) (BRASIL, 2009). Em estudo desenvolvido no Ceará, 76,0% das participantes rurais usavam como método contraceptivo o hormonal oral, seguido do preservativo masculino (20,0%) (NICOLAU et al., 2012). Diferente do

identificado em nosso estudo que apresentou a laqueadura tubária como o método mais frequente entre as participantes (38,6%). Observamos que o preservativo masculino foi pouco citado (8,2%).

De acordo com a PNDS-2006, em relação às mulheres menos privilegiadas, tanto do ponto de vista de renda e de escolarização, a laqueadura tubária permanece como método mais utilizado. Os diferenciais por nível de escolaridade foram maiores que aqueles por classe econômica. A escolaridade contribui com o aumento de opções dos MACs, uma vez que promove maior conhecimento sobre outros métodos e problemas associados à laqueadura tubária (BRASIL, 2009).

A escolha do contraceptivo foi feita pela mulher em 61,4% dos casos, entretanto, 25,5% referiram que a escolha do método foi feita por ambos (mulher e companheiro), e o principal motivo da escolha foi o conjunto: segurança e eficácia (95%).

Dado superior foi identificado na pesquisa realizada em Bangladesh, com 300 mulheres casadas residentes no Distrito de Meherpur, onde 53,3% dos maridos tiveram interesse em participar do planejamento familiar (HOSSAIN; MONDAL; AKTER, 2011), dado que corrobora os achados conduzidos, no Quênia e em outra região de Bangladesh, onde a maioria (68% e 66%, respectivamente) das mulheres rurais relatou discutir planejamento familiar com o seu marido/parceiro (JUMA; MUTOMBO; MUKIIRA, 2015; SHAHJAHAN et al., 2013).

Os profissionais de saúde foram citados por apenas 7,7% das entrevistadas. Diferente do estudo realizado com mulheres da área rural da Etiópia, onde a principal fonte de informação foi a unidade de saúde (ALEMAYEHU et al., 2015).

Acreditamos que o planejamento familiar contribui para a equidade de gêneros e maiores oportunidades educacionais e econômicas para as mulheres. A tomada de decisão sobre a saúde reprodutiva deve ser uma responsabilidade conjunta de homens e mulheres (KABAGENYI et al., 2014).

O principal local de aquisição dos MACs foi “outros”, referente a hospital e ambulatório (46,8%), local de realização das laqueaduras tubárias, vasectomia e implantação do DIU. Outro local citado foi a farmácia (46,4%). Apenas 5,4% das entrevistadas referiram a unidade de saúde, como local para adquirirem o MAC. De acordo com a PNDS-2006, as farmácias continuam sendo a principal fonte de

obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo. Assim como os serviços de saúde, os principais responsáveis pela realização da esterilização e do DIU (BRASIL, 2009).

Na atenção à anticoncepção, é fundamental oferecer as várias opções de métodos anticoncepcionais disponíveis, para as diferentes etapas da vida reprodutiva, a fim de que as pessoas possam ter a possibilidade de escolher os métodos mais indicados e apropriados a sua vida (BRASIL, 2013).

No que tange às DSTs**,** a maioria referiu que não teve (93,2%), e entre as que apresentaram a maioria não soube informar o nome (42,1%), sendo as citadas, apenas a candidíase (31,6%) e o HPV (26,3%). A maioria fez o tratamento para a DST (84,2%).

Em estudo com mulheres residentes de uma área rural da Índia, a prevalência de candidíase foi de 4,2%, e quando comparada com a área urbana, a prevalência deste foi inferior 0,6% (ARORA et al., 2014). Dado também apresentado nos resultados de microbiologia da citologia oncótica de mulheres rurais do Rio Grande do Norte, onde 9,0% apresentaram infecção por cândida (PAIVA et al., 2013).

No estudo realizado em mulheres de população urbana e rural de duas regiões da Amazônia Oriental brasileira, houve uma maior prevalência da infecção genital pelo HPV na amostra urbana (15,0%) em contraposição à rural (14,2%), mas sem diferença significativa (PINTO; FUZII; QUARESMA, 2011). Contrário ao estudo realizado em Mali, na África, onde a prevalência da infecção pelo HPV em mulheres rurais foi quase o dobro do observado em mulheres urbanas (23,0% e 12,0%, respectivamente) (SCHLUTERMAN et al., 2013).

Na questão do tratamento das DSTs, além do tratamento medicamentoso, os serviços de saúde devem proporcionar orientação preventiva, oferta de preservativos masculinos e femininos e tratamento dos parceiros (BRASIL, 2013).

No que diz respeito a outras questões ginecológicas, as mulheres referiram procurar o ginecologista anualmente (47,0%), e o motivo principal de ir à consulta foi a “rotina” (75,7%). Verificamos que 3,3% das participantes nunca foram ao ginecologista e 16,8%, somente na gravidez. Estudo desenvolvido em Taiwan, os autores identificaram que a maioria das áreas pouco povoadas, como as rurais, não tinha ginecologistas. Portanto, o atendimento ginecológico para as mulheres dessas áreas torna-se prejudicado (LAI et al., 2015).

Ressaltamos que a unidade de saúde da ESF, onde foi realizada a presente pesquisa, não possuía atendimento especializado de médico ginecologista. Entretanto, o município possui um sistema eletrônico de marcação de consultas para as diversas especialidades, inclusive a de Ginecologia e Obstetrícia. Este encaminhamento era realizado quando necessário.

Em relação à realização do exame de Papanicolau, 88,8% das entrevistadas já haviam realizado o exame, e a frequência anual foi a mais citada (65,1%). Em consonância com esses resultados, no Michigan, estudo com trabalhadoras rurais, quase 88% das participantes relataram um exame de Papanicolau recente (KNOFF et al., 2013). Assim como em outro estudo realizado nos Estados Unidos, 83,1% das mulheres da área rural e 86,1% da área urbana tinham realizado o referido exame, nos três anos anteriores (DOESCHER; JACKSON, 2008).

Em oposição a esses resultados, em pesquisa realizada na Malásia, com mulheres rurais, 51,1% delas nunca tinham sido submetidas ao exame de Papanicolau. Entre as que já tinham feito o exame, realizava-o anualmente (24,9%), uma vez em cada dois anos (5,6%) e uma vez a cada três anos (18,4%) (GAN; DAHLUI, 2013). Assim como, nos Estados Unidos, onde 33% realizaram a triagem para câncer cervical há mais de cinco anos, e 1% nunca tinha feito. A maioria (66,0%) fez a referida triagem há mais de 12 meses, mas menos de cinco anos (HATCHER et al., 2011). No Brasil, em estudo desenvolvido na zona rural de uma cidade no Rio Grande do Norte, apenas 15% da população realizou a citologia oncótica, resultado inferior ao desejado (PAIVA et al., 2013).

Para os autores do estudo desenvolvido na China, as mulheres de áreas rurais são menos prováveis de realizarem o exame de Papanicolau do que as mulheres da área urbana (WANG et al., 2015). O número de mulheres não acompanhadas pelos serviços de saúde revela uma problemática preocupante, visto que a não realização do exame de Papanicolau influi no diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, dificultando a efetivação de práticas protetoras à saúde das mulheres (PAIVA et al., 2013).

Em estudo sobre práticas de mamografia e Papanicolau entre mulheres de áreas rurais do México, a frequência de realização da mamografia entre mulheres de 40 a 49 anos foi baixa (16,0%), e a realização do exame de Papanicolau entre mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos foi de 65,0%, nos últimos 12 meses

(SOSA-RUBÍ et al., 2009).

No presente estudo, a realização da palpação das mamas foi relatada por 73,9% das entrevistadas, e a mamografia foi realizada por 65,2% das mulheres acima de 40 anos. Similarmente, nos Estados Unidos, 70,8% da população rural e 75,7% da urbana tinham realizado a mamografia, nos últimos dois anos (DOESCHER; JACKSON, 2008). Em oposição a este resultado, em estudo realizado na Croácia, 14% das mulheres rurais e 32% das mulheres urbanas na faixa etária de 50 a 69 anos realizaram a última mamografia, nos dois ou três anos anteriores (STAMENIĆ; STRNAD, 2011). Apesar da diferença de idade apresentada no estudo, evidencia-se uma realidade relacionada à problemática em questão.

Em pesquisa desenvolvida na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, os autores constataram que o fato de a mulher morar na zona rural está associado a maior risco de desenvolvimento de câncer de mama (PAIVA et al., 2002). Em consonância, estudo desenvolvido na Austrália, com dados de base populacional de câncer de mama diagnosticados entre 1987 e 2007, evidenciou que mulheres que vivem em áreas rurais têm maior risco de morte por câncer de mama. As mulheres que vivem nestas áreas podem estar mais propensas a ter acesso limitado aos serviços de saúde e dificuldade de acesso aos centros de tratamento (YU et al., 2015). Assim como, em uma revisão sistemática e meta-análise evidenciaram que mulheres residentes em áreas rurais tinham mais probabilidade de serem diagnosticadas com câncer de mama, em estágio avançado. Portanto, medidas preventivas e orientação são fundamentais para a população rural (NGUYEN-PHAM; LEUNG; MCLAUGHLIN, 2014).

Baixo nível de educação e baixa renda entre as mulheres rurais foram associados à baixa realização da mamografia. O fato de a mulher residir na zona rural pode estar associado com menor acesso aos cuidados de saúde e rastreio mamográfico (DOESCHER; JACKSON, 2008).

Considerando as dificuldades econômicas, sociais, de gênero, de acesso, entre outras, que as mulheres que vivem no campo podem encontrar, é fundamental um serviço de saúde eficiente, nas ações desenvolvidas com esse propósito. A ESF da área de abrangência, onde foi realizada a pesquisa, tem dado ênfase às questões ginecológicas como o exame preventivo do câncer de colo do útero e a mamografia. Os ACSs ressaltam essas questões durante suas visitas domiciliares, com orientações sobre a temática. Eles possuem informações sobre a data da última

realização dos exames e utilizam dessas informações para lembrar as mulheres do próximo agendamento dos exames. A coleta do exame de Papanicolau é realizada uma vez por semana, sempre no mesmo dia da semana, nos períodos manhã e tarde pela enfermeira da equipe, sem agendamento prévio. A enfermeira, com o médico da equipe, referencia o exame de mamografia para a cidade de Uberaba, garantindo o agendamento adequado. Ações como essas contribuem para minimizar os obstáculos encontrados pelas mulheres residentes na área rural, relacionados ao acesso aos serviços de saúde e à educação em saúde.

### 5.2.2 Características obstétricas

A maioria das mulheres já tinha engravidado (91,0%). A média foi de 2,8 gestações. Dado superior foi encontrado na Etiópia, onde a maioria (50,8%) das mulheres rurais teve cinco ou mais gestações, com média de 4,7 gestações (ALEMAYEHU et al., 2015).

Em relação ao número de filhos, a média foi de 2,5 filhos. De acordo com a PNDS-2006, a taxa de fecundidade brasileira manteve queda, em 2006, de 1,8 filho por mulher, em comparação com os 2,5 registrados em 1996. Com destaque para uma maior redução nas áreas rurais, de 3,4 para 2,0 filhos (BRASIL, 2009).

Internacionalmente, em dois estudos conduzidos em áreas diferentes de Bangladesh, Bogra Sadar Upazila e em Meherpur, a maioria possuía um ou dois filhos (65,5% e 59,4%, respectivamente) (ALAM, 2012; HOSSAIN; MONDAL; AKTER, 2011). Entretanto, entre as mulheres rurais de Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh, a maioria (58%) tinha entre dois e quatro filhos (RAHMAN et al., 2013). Ademais, no Quênia, 56,0% das mulheres tinham quatro ou mais filhos (JUMA; MUTOMBO; MUKIIRA, 2015) e na Etiópia, cinco ou mais filhos (45,7%), com média de 4,2 filhos (ALEMAYEHU et al., 2015). No Brasil, em pesquisa na área rural de Alagoas, a maioria das participantes tinha menos de três filhos (PAFFER et al., 2012).

A ocorrência de abortos foi de 17,2% entre as participantes. Com média de 1,5 aborto. Ressaltamos que não foi questionado se foi espontâneo ou provocado. Resultado superior foi encontrado em um estudo na comunidade rural do

Ceará, onde 26,0% das mulheres haviam tido aborto (NICOLAU et al., 2012). Internacionalmente, pesquisa realizada em Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh e na Etiópia, 21% e 20% das mulheres rurais, respectivamente, tiveram história de aborto (ALEMAYEHU et al., 2015; RAHMAN et al., 2013).

O abortamento retrata um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade materna. Apresenta maior incidência em países em desenvolvimento. O aborto espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações, outros 10% dos abortos atendidos nos hospitais são provocados, estes são resultado de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Consideramos que programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva, a fim de prevenir gravidez indesejada e os abortos provocados ou espontâneos, são necessários às mulheres residentes em comunidades rurais (NICOLAU et al., 2012), em vista da prevalência de casos nestas áreas.

A média da idade da primeira gravidez foi 19,4 anos. Dado confirmado entre as mulheres rurais de Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh, onde 58% tiveram a primeira criança durante a adolescência (15-19 anos), com média de idade de 19 anos (RAHMAN et al., 2013).

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo que associa diversos fatores, como econômico, educacionais e comportamentais, levando a problemas e desvantagens para a adolescente, decorrente dessa gestação. Na perspectiva da comunidade e do governo, a maternidade precoce tem uma forte associação com baixos níveis de educação e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica (CHALEM et al., 2007). A gravidez na adolescência é mais comum entre as adolescentes que vivem na pobreza, em zonas rurais e entre aquelas com menos educação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

A média da idade da última gravidez foi de 26,6 anos, no presente estudo.

A maioria das participantes não planejou a última gravidez (55,3%), mas foi desejada para 92,2% das entrevistadas. Os dados sobre o planejamento da gravidez estão em concordância com um estudo desenvolvido com gestantes de áreas rurais de Bangladesh, onde 51,1% não planejaram a gravidez (NASREEN et al., 2011). Entre as mulheres de uma comunidade rural do Ceará, 36,0% afirmaram que tiveram gestações não planejadas (NICOLAU et al., 2012).

De acordo com a PNDS-2006, 53,9% dos nascimentos, ocorridos nos

últimos cinco anos anteriores à pesquisa, foram planejados para aquele momento, 28,2% não foram planejados para aquele momento e 17,6% não foram desejados (BRASIL, 2009).

Evidenciamos no presente estudo, que as mulheres continuam engravidando sem planejarem, visto que 55,3% referiram que não planejaram a última gravidez. Considerando a faixa etária do estudo (15-49 anos) e que o tempo de ocorrência da última gestação foi variado, podemos constatar que esta questão se perpetua por muitos anos. A falta de planejamento reprodutivo é uma questão que envolve as diversas faixas etárias, regiões e populações específicas. Os fatores são variados e envolvem questões relacionadas à falta ou deficiência de informações e de acesso, ao uso inadequado dos métodos contraceptivos, entre outros. Na presente pesquisa, as mulheres que referiram não utilizarem MAC tiveram como motivo principal a gravidez atual ou o fato de quererem engravidar. Fatos justificáveis. Entretanto, 16,7% responderam que não queriam usar MAC, sem especificar o motivo. O uso de MAC, a fim de evitar uma gravidez, é primordial, e isso deve ser reforçado às mulheres que desejam planejar sua vida reprodutiva. Elas devem compreender que são vulneráveis a uma gravidez não planejada sem uma segurança contraceptiva.

O intervalo interpartal predominante foi de mais de dois anos (57,1%), entre a penúltima e a última gravidez. Em estudo com mulheres grávidas em uma área rural do Quênia, entre as 558 multíparas que conheciam o seu intervalo interpartal, 23% tiveram a gravidez atual em um intervalo de um ano, com a gravidez anterior (VAN EIJK et al., 2008).

O fato de a maioria das mulheres, na nossa pesquisa, ter tido um intervalo entre as gestações de mais de dois anos, deve ser visto como algo positivo, uma vez que esse intervalo é considerado adequado. A OMS recomenda um intervalo de, pelo menos, 24 meses após um nascimento antes de tentar uma próxima gravidez, a fim de reduzir os riscos materno, perinatal e infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A maioria das mulheres realizou pré-natal na última gestação (96,7%). Dado inferior entre as mulheres rurais de Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh, onde 77% realizaram a assistência pré-natal (RAHMAN et al., 2013). Em contraste com outro estudo em Bangladesh, onde 54,5% das mulheres não tiveram acompanhamento médico, durante a última gravidez (ALAM, 2012).

A assistência pré-natal tem objetivo de assegurar o diagnóstico precoce de alterações e a realização de intervenções adequadas sobre condições de vulnerabilidade da saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2015c), inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

A ocorrência de problemas de saúde relacionados à maternidade foi relatada por 11,5% das mulheres, e as intercorrências na gestação foram relatadas por 16%. Em contraste, a investigação realizada em Bangladesh identificou que 38,0% das mulheres tiveram problemas físicos, durante a última gravidez (ALAM, 2012). Similarmente, em Dhamrai Upazila, Dhaka, Bangladesh, onde aproximadamente 31% das entrevistadas apresentaram complicações, durante a última gestação (RAHMAN et al., 2013).

## 5.3 Saúde mental

### 5.3.1 Transtornos Mentais Comuns

A prevalência do indicativo de TMC foi de 35,7%. Em pesquisa conduzida entre mulheres rurais assentadas do Rio Grande do Norte, foi identificada prevalência de 43,6% (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Em outro estudo nacional, realizado com mães do semiárido de Alagoas, a prevalência de TMC na zona rural foi de 56,2%, superior quando comparada à urbana que foi de 43,8% (PAFFER et al., 2012). Ademais, em pesquisa na Zona da Mata pernambucana, a prevalência deste transtorno entre a população participante (homens e mulheres) foi de 36,0% e entre as mulheres foi de 44,17% (COSTA; LUDEMIR, 2005). Em relação ao presente estudo, evidenciou-se uma menor prevalência de TMC em relação aos estudos nacionais em área rural.

No entanto, em duas pesquisas internacionais, desenvolvidas em área rural do Paquistão foram identificadas altas prevalências do TMC entre as mulheres, 66% e 57,5% respectivamente (HUSAIN; CREED; TOMENSON, 2000; MUMFORD

et al., 1997).

Em estudo realizado em ambiente urbano, os autores evidenciaram maior prevalência de TMC, entre mulheres, quando comparado com o nosso estudo. Em investigação conduzida em Feira de Santana, na Bahia, a prevalência de TMC foi de 39,4%, e entre as mulheres com alta sobrecarga doméstica foi de 48,1% e as com baixa sobrecarga, 22,5% (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Em outro estudo desenvolvido no mesmo município, a prevalência de TMC foi de 43,4% entre as donas de casa e 36,8% entre as mulheres trabalhadoras (ARAÚJO et al., 2006). Ressaltamos que, apesar de o ambiente urbano possuir características diferentes do rural, as mulheres dos estudos citados podem se assemelhar às mulheres investigadas em nossa pesquisa, pela questão do trabalho doméstico e sobrecarga de trabalho.

Outras pesquisas nacionais em ambiente urbano, com população geral (homens e mulheres), identificaram a prevalência de TMC entre as mulheres: 35,3% no município de Feira de Santana (ROCHA et al., 2010) e 27,99% na cidade de São Paulo (MARAGNO et al., 2006). Assim, como em mulheres atendidas em UBS, nas cidades: de Ribeirão Preto (44,1%) (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015), em uma cidade no interior paulista (52,1%) (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013), em Barbacena (41,7%) (VIDAL et al., 2013), em município de médio porte na região Centro-Oeste do Brasil (37,9%) (LUCCHESE et al., 2014) e na cidade de São João Del-Rei (48,37%) (MOREIRA et al., 2011).

Podemos constatar que a prevalência de TMC identificada em nosso estudo evidencia resultados semelhantes ou inferiores aos apresentados em estudos nacionais e internacionais, nas áreas urbana e rural. Entretanto, essa prevalência é preocupante visto o impacto que o TMC pode causar na vida das mulheres rurais e de suas famílias.

Na regressão logística múltipla**,** as variáveis convivência com companheiro e escolaridade associaram-se ao TMC, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. A “boa” convivência com o companheiro diminui em 84% as chances de a mulher ter TMC, assim como para cada ano a mais de estudo, reduz em 12% as chances de a mulher ter TMC.

Pesquisa desenvolvida em Alagoas, na área rural, após análise de regressão logística, as variáveis, escolaridade, idade e número de crianças não apresentaram associação significativa com os TMCs, nesse estudo a variável que

manteve associação foi a falta de parceiro (PAFFER et al., 2012).

Em relação à escolaridade, os resultados estão em concordância com investigações realizadas em área urbana e com o estudo desenvolvido com mulheres rurais no Paquistão, onde, após análise de regressão múltipla, as variáveis, escolaridade, não ter um confidente e ter quatro ou mais crianças associaram-se ao escore no SRQ. Quanto menor a escolaridade, maior escore no SRQ (HUSAIN et al., 2004). Ressaltamos que nesse estudo citado, foi verificado o escore, e não a prevalência como em nosso estudo.

Em estudo na área urbana do semiárido de Alagoas, a escolaridade foi associada ao TMC (PAFFER et al., 2012). Assim como em investigação realizada com mulheres donas de casa e trabalhadoras, a baixa escolaridade e ausência de atividade de lazer foram fatores de risco para TMC. Nesse mesmo estudo, entre as trabalhadoras, ter filhos esteve associado ao TMC (ARAÚJO et al., 2006).

Em outra pesquisa com mulheres urbanas de Feira de Santana, o TMC esteve associado a ter baixo nível de escolaridade, ter filhos, falta de lazer e ter rendimento próprio até um salário-mínimo (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Dados evidenciados, também, em Feira de Santana, que após análise de regressão logística múltipla, os dados confirmaram associação entre sobrecarga doméstica e TMC, ajustada pelas variáveis renda, escolaridade e atividades de lazer (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Entretanto, no presente estudo, após análise de regressão logística múltipla, as variáveis rendimento individual, atividade de lazer e número de filhos não apresentou associação significativa com TMC. O fato de a mulher não ter uma “boa” convivência com o companheiro foi um fator importante para a presença do TMC, assim como o baixo nível de escolaridade.

### 5.3.2 Sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço

Na escala de ansiedade-estado, o escore médio das entrevistadas foi de 38,3 pontos (dp=11,6) e mediana de 35,0 pontos, com variação entre 20 e 76 pontos. Dado inferior foi identificado em pesquisa na Austrália, onde mulheres residentes de área rural apresentaram média do escore do IDATE-estado de 33,60

pontos (JUDD et al., 2006).

O escore médio das entrevistadas na escala ansiedade-traço foi de 41,4 pontos (dp=11,9) e mediana de 40,0 pontos, com variação entre 23 e 71. Investigação realizada com gestantes de área rural de Bangladesh, a média do escore da escala de ansiedade-traço foi de 49,6 pontos (NASREEN et al., 2011). Considerando a diferença de população, evidenciou-se um escore médio inferior em nossa pesquisa.

Os achados dos modelos de regressão linear múltipla indicaram que as mulheres que referiram convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Ademais, o número de filhos apresentou-se como preditor dos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço das participantes. Constatamos, portanto, que quanto maior o número de filhos, maiores os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. A idade também foi preditor do escore dos sintomas de ansiedade-traço. Quanto menor a idade, maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

Em pesquisa com gestantes de área rural de Bangladesh, a ansiedade (IDATE-traço) foi associada com a má relação com o marido (NASREEN et al., 2011), como na presente pesquisa. O estudo com gestante mostrou que a ansiedade foi inversamente associada com a alfabetização (NASREEN et al., 2011), em nosso estudo a variável escolaridade não apresentou relação significativa com o escore de ansiedade-traço.

Ressaltamos que não foram identificados estudos relacionados aos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres, em idade fértil, residentes na zona rural. Fato que dificulta a discussão e comparação com estudos nacionais e internacionais.

### 5.3.3 Sintomas de depressão

O escore médio das participantes no BDI foi de 8,3 (dp=9,5) pontos e mediana de 5,0 pontos, com variação entre 0 e 45.

Dados de pesquisa realizada em uma comunidade rural de Minas Gerais,

com um grupo de gestantes e um grupo controle de mulheres (entre 18 e 35 anos), as pontuações médias na escala de depressão foram de 8,05 e 2,58 pontos respectivamente (DIAS et al., 2011). Consideramos uma pontuação baixa, entre a média das mulheres do grupo controle. A média entre as gestantes correspondeu à média encontrada no presente estudo, porém devemos ressaltar o período em que essas mulheres se encontravam, levando em consideração a fase gestacional.

Em outro estudo nacional com 175 estudantes universitários, homens e mulheres, a média de depressão entre as mulheres foi 6,48 pontos, e dos universitários residentes na área rural, 6,37 pontos (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2009). Constatamos uma lacuna no conhecimento, referente a estudos nacionais relacionados a sintomas de depressão, por meio do BDI, com mulheres rurais em idade fértil. As pesquisas citadas, apesar de não incluírem os participantes específicos do estudo, identificam uma média de pontos inferior à encontrada no presente estudo.

Entretanto, internacionalmente, em estudo com mulheres afro-americanas, residentes em comunidades rurais, a média do escore do BDI foi de 8,71 pontos (GARY; YARANDI, 2004). Esse resultado é consoante com o evidenciado em nossa pesquisa.

Na Polônia, em investigação com população de áreas rurais, entre as mulheres, a média do BDI foi de 9,6 pontos (ŁOJKO et al., 2015) e no México, as mulheres rurais apresentaram média de 10,6 pontos (NANCE, 2004).

Os achados dos estudos internacionais mostram que a média do escore dos sintomas de depressão foi igual ou superior ao identificado no presente estudo.

Os resultados dos modelos de regressão linear múltipla evidenciaram que as participantes que referiram convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maior escore dos sintomas de depressão. O número de filhos foi preditor do escore das mulheres no BDI. Portanto, quanto maior o número de filhos, maior o escore dos sintomas de depressão.

Em estudo realizado em Bangladesh com gestantes, a depressão foi significativamente associada com a idade e a escolaridade e assim como no presente estudo com uma pior relação com o marido (NASREEN et al., 2011). Ressaltamos que, especificamente, nesse estudo citado, o instrumento utilizado não foi o BDI, como na nossa pesquisa, porém é importante a comparação relacionada à variável relacionamento/convivência com o marido.

Investigação com população (homens e mulheres) rural do Haiti, o nível de educação foi significativamente associado com o escore do BDI, entre as mulheres (WAGENAAR et al., 2012). Fato confirmado em pesquisa com população (homens e mulheres) rural na Lituânia que, entre as mulheres, maior idade e menor escolaridade apresentaram associação significativa com sintomas de depressão (SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE; ZEMAITIENE; KLUMBIENÉ, 2010), dados não identificados no presente estudo.

Destacamos que devido às características das participantes, assim como o instrumento utilizado, poucos estudos foram encontrados, o que dificulta a discussão com outros estudos nacionais e internacionais.

Os transtornos mentais evidenciados nas mulheres rurais foram significativos. A presença dos TMCs, dos sintomas de ansiedade e de depressão, isolados ou enquanto comorbidades e associados a diferentes fatores influenciam e podem comprometer a qualidade de vida das mulheres e de seus familiares.

Fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva foram identificados no presente estudo e estiveram associados à saúde mental das mulheres rurais participantes. A convivência com o companheiro esteve relacionada aos TMCs e aos sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão. Portanto, o fato de as mulheres rurais possuírem uma convivência “ruim” com o seu companheiro é um fator que pode acarretar repercussões na sua saúde mental, como evidenciado no estudo.

A escolaridade e o número de filhos também foram destaque entre os resultados. Nesta investigação, a escolaridade também apresentou impacto na saúde mental das mulheres, identificado nos TMCs. Assim como o número de filhos nos sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão e a idade com os sintomas de ansiedade-traço.

Contudo, acreditamos que fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva podem influenciar a saúde mental das mulheres rurais.

O planejamento e implementação de ações de prevenção, por meio de ações educativas, divulgando os sinais e sintomas relacionados aos TMCs, ansiedade e depressão, assim como os possíveis fatores de riscos e as formas de tentar evitá-los, assim como a utilização de instrumentos validados, como os utilizados neste estudo representam ferramentas potenciais que podem contribuir

para o reconhecimento e identificação dos sintomas indicativos desses transtornos mentais. Torna-se pertinente distinguir entre os sintomas indicativos e a própria doença que deve ser diagnosticada pelo profissional especializado.

São fundamentais a identificação precoce, o encaminhamento e o acompanhamento adequados das mulheres com sintomas de TMC, de ansiedade e depressão. Para isto, o trabalho desenvolvido, na perspectiva de equipe multiprofissional, é essencial para que tais ações sejam implementadas com sucesso. As competências e habilidades específicas de cada membro da equipe são fundamentais para as condutas terapêuticas, para a qualidade e efetivação das ações e com isso contribuir para a melhoria da saúde mental das mulheres rurais e da sua família, consequentemente.

Em relação à saúde reprodutiva das mulheres rurais, foram constatados diversos fatores relacionados à saúde delas, como a frequência de realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e do exame de mamografia. Ressaltamos a importância da organização e planejamento dos serviços de saúde das áreas rurais, a fim de proporcionar uma maior facilidade de acesso a esses exames e à prática educativa como ferramenta essencial na assistência. Torna-se oportuno que os serviços de saúde das áreas rurais contem com atuação de especialidades médicas, como a ginecologia e obstetrícia, para atendimento às necessidades e demandas locais, devido às possíveis dificuldades de locomoção das mulheres à área urbana.

Constatamos, ainda, o alto número de gravidez não planejada, sendo que muitas dessas gravidezes não foram recentes e podem ter ocorrido em outras áreas e regiões do país. Diante disto, destacamos que a temática se faz presente entre mulheres brasileiras que continuam tendo filhos sem o planejamento reprodutivo adequado. Mulheres que ainda utilizam a farmácia como o principal local de acesso para conseguir os MACs e apresentam a laqueadura tubária como o mais frequente método contraceptivo utilizado. Evidenciamos, também, a mulher como a principal responsável pela decisão do método a ser utilizado, e o pequeno papel do companheiro nesta responsabilidade que deve ser conjunta.

Verificamos a alta frequência de realização de pré-natal na última gestação, mas considerada insatisfatória por existirem, ainda, mulheres que por diferentes motivos, que não foram questionados no presente estudo, não realizam o pré-natal, ação fundamental para a saúde materno-infantil.

Acreditamos que as políticas públicas, os serviços de saúde e os profissionais de saúde devem redesenhar a dinâmica das ações de trabalho. A implementação de novas práticas de saúde, voltadas à saúde mental e reprodutiva de mulheres residentes em áreas rurais, assim como a promoção de ações articuladas entre serviços, equipe multiprofissional e comunidade, podem colaborar para uma assistência à saúde de qualidade, fundamentada no contexto e coerente com a realidade da sua população adscrita.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a análise e reflexão desta temática, assim como na elaboração de planos de ações eficientes com vistas à assistência à saúde mental e reprodutiva de mulheres rurais.

Fundamental destacar como pertinente a realização de novas pesquisas, com o objetivo de aprofundar estas questões e trazer novas informações e subsídios para os profissionais de saúde, diante da lacuna existente em estudos nacionais relacionados a este tema.

# *6. CONCLUSÕES*

Este estudo permitiu concluir que:

- As mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, de Uberaba – Minas Gerais, entre outubro de 2014 e maio de 2015, tinham em média 33,6 anos e sete anos de estudo. A maioria considerou-se branca, era casada ou em união estável, católicas, consideradas do lar, sem renda individual mensal e entre as que possuíam renda individual predominou o valor de um salário-mínimo. O valor da renda familiar predominante foi entre um e dois salários-mínimos, o principal provedor da família era o companheiro, e o número de residentes no domicílio variou, principalmente, entre duas e quatro pessoas.

- A maioria das mulheres não realizava atividade física, não tinha doença crônica, não fumava e não fazia uso de bebidas alcóolicas e de drogas ilícitas. A maioria das participantes tinha atividades de lazer e "boa" convivência com o companheiro.

- A média de idade da menarca foi de 12,3 anos e da primeira relação sexual foi de 16,8 anos.

- Entre as entrevistadas, a maioria usava MAC, entre eles a laqueadura tubária e o hormonal oral. A própria mulher que escolheu o MAC, o motivo da escolha foi segurança e eficácia e utilizou "outros" (hospital e ambulatório) e a farmácia como local de aquisição do contraceptivo.

- A maioria das participantes frequentou o ginecologista anualmente, com consultas de rotina, realizou exame de Papanicolau, com frequência anual, realizou palpação das mamas e mamografia (mulheres acima de 40 anos) e não teve DST no último ano.

- Entre as mulheres, a média de gestações foi de 2,8 gestações, de 1,5 aborto e de 2,5 filhos vivos. A média de idade da primeira gravidez foi de 19,4 anos e da última gravidez de 26,6 anos.

- A maioria das mulheres já tinha engravidado e não havia abortado. Não

planejou a última gravidez, mas desejou. O intervalo interpartal predominante foi de mais de dois anos, entre a penúltima e a última gravidez. A maioria das entrevistadas realizou pré-natal na última gestação, não apresentou problemas de saúde relacionados à maternidade e às intercorrências na gravidez.

- A prevalência de TMC foi de 35,7%, entre as participantes.

- Os escores médios das mulheres no IDATE-Estado e IDATE-Traço foram de 38,3 e 41,4 pontos, respectivamente.

- No BDI, o escore médio dos sintomas de depressão das entrevistadas foi de 8,3 pontos.

- Após se ajustar aos modelos de regressão logística múltipla, as variáveis convivência com companheiro e escolaridade associaram-se ao TMC.

- Os modelos de regressão linear múltipla ajustados indicaram que as mulheres rurais que referiram convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Ademais, a variável número de filhos foi preditor dos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço e a variável idade preditor do escore dos sintomas de ansiedade-traço.

- Os resultados dos modelos de regressão linear múltipla ajustados evidenciaram que as mulheres rurais que tinham convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maior escore dos sintomas de depressão e a variável número de filhos foi preditor do escore dos sintomas de depressão.

Diante do exposto, esta tese reconhece que pouco tem sido investigado sobre as questões referentes à saúde mental e saúde reprodutiva das mulheres residentes em áreas rurais. Novos estudos podem proporcionar informações que levem a estratégias e intervenções, a fim de reduzir a prevalência de TMC e dos escores dos sintomas de ansiedade e depressão no contexto rural. A identificação precoce e assistência individualizada na atenção primária de saúde, por meio de profissionais de saúde capacitados e serviços de saúde preparados para a

identificação e intervenção adequada, são essenciais para diminuir as complicações referentes à saúde mental e aos problemas relacionados à saúde reprodutiva e, assim, contribuir para a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias. Dentre esses profissionais de saúde, destaca-se o enfermeiro com o desenvolvimento de práticas assistenciais e educativas em saúde.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde e atores envolvidos nesta temática, repercutindo em transformação da prática de trabalho, incorporando ações efetivas à saúde mental e reprodutiva das mulheres rurais.

# *7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO*

- As informações obtidas referem-se às mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa do município de Uberaba – MG, com idade entre 15 e 49 anos. A realização da pesquisa em uma única área rural pode limitar as informações referentes às mulheres de outras áreas rurais.

- A utilização de instrumentos validados de rastreamento dos TMCs e de sintomas de ansiedade e depressão oferece informações sobre os sintomas indicativos. O diagnóstico por profissionais especializados não foi realizado, o que pode demonstrar diferença entre a prevalência ou os escores encontrados.

- Alto número de perdas, devido, principalmente, à mudança de residência.

- Apesar das limitações evidenciadas, nosso estudo apresentou pontos fortes: a utilização de instrumentos internacionais e validados no Brasil; a produção do estudo-piloto e a realização das entrevistas por uma única pessoa, a própria pesquisadora.

# *REFERÊNCIAS*[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023.

AARO, L. E. et al. Depressive episodes and depressive tendencies among a sample of adults in Kielce, south-eastern Poland. **Annais of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM**, Lublin, v. 18, n. 2, p. 273-278, 2011.

ABAJOBIR, A. A.; SEME, A. Reproductive health knowledge and services utilization among rural adolescents in east Gojjam zone, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, n. 14, p. 138, mar. 2014. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986455/pdf/1472-6963-14-138.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ACCORTT, E. E.; FREEMAN, M. P.; ALLEN, J. J. Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways**. Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 17, n. 10, p. 1583-1590, dez. 2008.

ALAM, R. Impact of socio-economic, demographic and health related factors on reproductive health behavior among ever married rural women: a study from Bogra Sadar Upazila, Bangladesh. **OnJournal of Social Sciences Research**, Rajshahi, v. 1, n. 2, p. 69-77; abr. 2012. Disponível em:< http://onlineresearchjournals.org/JSS/pdf/2012/apr/Alam.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

ALEMAYEHU, M. et al. Rural women are more likely to use long acting contraceptive in Tigray region, Northern Ethiopia: a comparative community-based cross sectional study. **BMC Women's Health**, London, n. 15, p. 71, 2015. Disponível em:< http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0229-7>. Acesso em: 07 fev. 2016.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2016.

ANDREWS, G.; NEWBY, J. M.; WILLIAMS, A. D. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders Is Here to Stay. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 533, jan. 2015.

APÓSTOLO, J. et al. Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 3, p. 67-74, mar. 2011a. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn3/serIIIn3a07.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 6 telas, mar./abr., 2011b. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-269, abr. /jun. 2006. Disponível em:< http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a17.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul. /set. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

ARORA, B. B. et al. Prevalence of trichomoniasis, vaginal candidiasis, genital herpes, chlamydiasis, and actinomycosis among urban and rural women of Haryana, India. **Journal of Sexually Transmitted Diseases**, Cairo, v. 2014, out. 2014. Disponível em:< http://www.hindawi.com/journals/jstd/2014/963812/cta/>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BADSIWAL, R. Rural women and marriage. **Social and Crimonology – Open Access**, Los Angeles, n. 3, n. 2, p. 1-4, 2015. Disponível em:< http://www.esciencecentral.org/journals/rural-women-and-marriage-2375-4435-1000129.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2016.

BANSAL, P. et al. Depression and anxiety among middle-aged women: a community-based study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, Mumbai, v. 4, n. 4, p. 576-581, out./dez. 2015.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977. Disponível em:< http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, n. 3, p. 195, 2015. Disponível em:< http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a03.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

BOTTI, N. C. L. et al. Condições de saúde de mulheres com transtornos mentais. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1209-1216, 2013. Disponível em:< http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1371/pdf. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 13 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de informação da atenção básica**. Cadastramento familiar. Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabfMG.def. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas**: direitos e participação social. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecendo_saude_mulheres_campo_floresta.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **RASEAM - Relatório Anual Socioeconômico da Mulher.** Brasília: Presidência da República, 2015a. Disponível em:< http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21699.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

CAO, B. et al. Prevalence and influencing factors of depressive symptoms among women of reproductive age in the rural areas of Hubei, China. **Public Health**, London, v. 129, n. 5, p. 465-474, maio. 2015.

CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A.; SILVA, M. R. Mental and physical symptoms of female rural workers: relation between household and rural work. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 12, n. 9, p. 11037-11049, set. 2015. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586660/pdf/ijerph-12-11037.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/18.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

CHAR, A.; SAAVALA, M.; KULMALA, T. Assessing young unmarried men's access to reproductive health information and services in rural India. **BMC Public Health,** London, n. 11, p. 476, jun. 2011. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135537/pdf/1471-2458-11-476.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

CINTRÃO, R. P.; SILIPRANDI, E. O progresso das mulheres rurais. In: BARSTED, J. P. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: ONU Mulheres, 2011. p. 186-230. Disponível em:< http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16144/17765>. Acesso em: 09 jan. 2016.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 73-79, jan. /fev. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.

COSTA, M. G. S. G.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 2, p. 145-154, abr./jun. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n2/07.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2016.

DEEN, T. L.; BRIDGES, A. J. Depression literacy: rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural American sample. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 11, n. 4, p. 1803, 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Cesta Básica Nacional. **Salário Mínimo Nominal e Necessário**. São Paulo: DIEESE, 2015. Disponível em: < http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em: 18 jan. 2016.

DEYESSA, N. et al. Depression among women in rural Ethiopia as related to socioeconomic factors: a community-based study on women in reproductive age groups. **Scandinavian Journal of Public Health**, Estocolmo, v. 36, n. 6, p. 589-597, aug. 2008.

DI SABBATO, A. et al. **Estatísticas rurais e a economia feminista: um olhar sobre o trabalho das mulheres**. Brasília: MDA, 2009. Disponível em:< http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/anexos/Livro_Estatisticas_Rurais_e_a_Economia_Feminista_0.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

DIAS, F. M. et al. Pregnancy is associated with psychiatric symptoms in a low-income countryside community of Brazil. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Albany, n. 7, p. 709-714, 2011.

DOESCHER, M. P.; JACKSON, J. E. Trends in cervical and breast cancer screening practices among women in rural and urban areas of the United States (final report). **Rural Health Research Center**, Washington, p. 1-14, ago. 2008. Disponível em:< http://depts.washington.edu/uwrhrc/uploads/RHRC_FR121_Doescher.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

DOLJA-GORE, X. et al. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? **The Australian Journal of Rural Health**, Armidale, v. 22, n. 3, p. 92–100, jun. 2014.

EYLER, A. A. Personal, social, and environmental correlates of physical activity in rural Midwestern white women. **American Journal of Preventive Medicina**, New York, v. 25, n. 3, supl. 1, p. 86-92, oct. 2003.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção A saúde mental: o caminho do empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 964-970, 2009. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

FIORAVANTI, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. **Avaliação Psicológica**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006. Disponível em:< http://www.nnce.org/Arquivos/Artigos/2006/fioravanti_etal_2006.03.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FLEISCHER, N. L.; FERNALD, L. C.; HUBBARD, A. E. Depressive symptoms in low-income women in rural Mexico. **Epidemiology**, Cambridge, v. 18, n. 6, p. 678-685, nov. 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em:<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/342/120>. Acesso em: 13 jan. 2016.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis - 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. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n2/a10v33n2.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

FOX, J. A.; KIM-GODWIN, Y. Stress and depression among Latina women in rural southeastern North Carolina. **Journal of community Health Nursing**, Hillsdale, v. 28, n. 4, p. 223-232, out. 2011.

GAN, D. E.; DAHLUI, M. Cervical screening uptake and its predictors among rural women in Malaysia. **Singapore Medical Jornal**, Singapore, v. 54, n. 3, p. 163-168, mar. 2013.

GARY F. A; YARANDI, H. N. Depression among southern rural African American Women: a factor analysis of the beck depression inventory-II. Nursing Research, New York, v. 53, n. 4, p. 251-259, jul./ago. 2004.

GASTAL, F. L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 245-254, set./dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a04.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. London: Routledge, 1992.

GOMES, R. C. M.; NOGUEIRA, C.; TONELI, M. J. F. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00115.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1203-1211, nov. 2013. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76041/79710>. Acesso em: 06 jan. 2016.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 89-95,1998.

GRUNENNVALDT, A. C. R. et al. O lazer das mulheres do campo no município de Sinop, Mato Grosso, Brasil. **Educação, Cultura e Sociedade**, Sinop, v. 4, n. 1, p. 19-31, jan./jun. 2014. Disponível em:< http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1449/1572>. Acesso em: 10 fev. 2016.

GUEDES, T. G. et al. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 153-158, abr./jun. 2009. Disponível em:< http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

HATCHER, J. et al. Predictors of cervical cancer screening for rarely or never screened rural Appalachian women. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Nashville, v. 22, n. 1, p. 176-193, fev. 2011. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041591/>. Acesso em: 18 fev. 2016.

HEREDIA, B. M. A.; CINTRÃO, R. P. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista Nera**, Presidente Prudente, v. 9, n. 8, p. 1-28, jan./jun. 2006. Disponível em:< http://www.mstemdados.org/sites/default/files/1443-4191-1-PB.PDF>. Acesso em: 20 jan. 2016.

HILLEMEIER, M. M. et al. Mental health status among rural women of reproductive age: findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. **American Journal of Public Health**, New York, v. 98, n. 7, p.1271-1279, jul. 2008. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424076/pdf/0981271.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

HIOTT, A. E. et al. Migrant farmworker stress: mental health implications. **The Journal of Rural Health**, Burlington, v. 24, n. 1, p. 32-39, 2008.

HOSSAIN, K.; MONDAL, N. I.; AKTER, N. Reproductive health rights of women in the rural areas of Meherpur District in Bangladesh. **Journal of Reproduction & Infertility**, Tehran, v. 12, n. 1, p. 23-32, 2011. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719284/pdf/JRI-12-23.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2016.

HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, nov. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/14.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2016.

HUSAIN, N. et al. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 39, n. 8, p. 618-624, ago. 2004.

HUSAIN, N.; CREED, F.; TOMENSON, B. Depression and social stress in Pakistan. **Psychological Medicine**, London, v. 30, n. 2, p. 395-402, mar. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Minas Gerais. **Uberaba.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=317010>. Acesso: 20 maio 2016.

JOHANSSON, R. et al. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. **Peer J**, Corte Madera, n. 1, p. e98, jul. 2013.

JUDD, F. et al. Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 40, n. 9, p. 769-776, set. 2006.

JUMA, P. A.; MUTOMBO, N.; MUKIIRA, C. Women's attitudes towards receiving family planning services from community health workers in rural Western Kenya. **African Health Sciences**, Kampala, v. 15, n. 1, p. 161-170, mar. 2015. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370145/pdf/AFHS1501-0161.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

KABAGENYI, A. et al. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. **Reproductive Health [Electronic Resource]**, London, v. 11, n. 1, p. 21, mar. 2014. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946591/pdf/1742-4755-11-21.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

KILKKINEN, A. et al. Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia. **The Australian Journal of Rural Health**, Amidale, v. 15, n. 2, p. 114-119, abr. 2007.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. 43-50, out. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

KNOFF, J. S. et al. Cervical cancer screening practice and knowledge among hispanic migrant and seasonal farmworkers of Michigan. **Journal of Primary Care & Community Health**, Thousand Oaks, v. 4, n. 3, p. 209-215, jul. 2013. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276026/>. Acesso em: 18 fev. 2016.

LAI, L. J. et al. No gynecologist in town: the gynecological care of women in rural Taiwan. **Patient Preference and Adherence**, Auckland, n. 9, p. 1077-1083, jul. 2015. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524465/>. Acesso em: 17 fev. 2016.

ŁOJKO, D. et al. Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM**, Lublin, v. 22, n. 1, p. 152-155, 2015. Disponível em:< http://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-1bfdc92f-5488-476d-81bf-97254e5fbc51>. Acesso em: 23 jan. 2016.

LUCCHESE, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, set. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

LUNI, F. K. et al. Prevalence of depression and anxiety in a village in Sindh. **Journal of Ayub Medical College**, Abbottabad: JAMC, Abbottabad, v. 21, n. 2, p. 68-72, abr./jun, 2009.

MAIDEEN, S. F. K. et al. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia, **PloS One,** San Francisco, v. 9, n. 4, p. e95395, abr. 2014. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995972/pdf/pone.0095395.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

MALHOTRA, S.; SHAH, R. Women and mental health in India: an overview. **Indian Journal of Psychiatry**, Poona, v. 57, supl. 2, p. S205-S211, jul. 2015. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539863/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1639-1648, ago. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12>. Acesso em: 11 jan. 2016.

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: The Journal of Mental Science**, London, n. 148, p. 23-26, jan. 1986.

MCLAEN, C. P. et al. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford v. 45, n. 8, p. 1027-1035, ago. 2011.

MÉNDEZ, G. B. La salud de las mujeres y el gênero. **Medicina Legal de Costa Rica**, Heredia, v. 18, n. 2, p.10-19, set. 2001. Disponível em:< http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000300004>. Acesso em: 16 jan. 2016.

MINICHIELLO, V. et al. E-health: potential benefits and challenges in providing and accessing sexual health services. **BMC Public Health**, London, n. 13, p. 790, ago. 2013. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844360/pdf/1471-2458-13-790.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2016.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n, 2, p. 249-257, ago. 2008. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n2/v7n2a15.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MUMFORD, D. B. et al. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, London, n. 170, p. 473-478, maio, 1997.

NANCE, D. C. Depression, alcohol abuse, and generational differences in mazahuawomen in a rural Mexican village. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 25, n. 7, p. 673-692, out./nov. 2004.

NASREEN, H. E. et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. **BMC Womens Health**, London, n. 11, p. 22, jun. 2011. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117808/>. Acesso em: 12 fev. 2016.

NGUYEN-PHAM, S.; LEUNG, J.; MCLAUGHLIN, D. Disparities in breast cancer stage at diagnosis in urban and rural adult women: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 24, n. 3, p. 228-235, mar. 2014.

NICOLAU, A. I. O. et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 164-170, jan./mar. 2012. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a19.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

NUTT, D.; MIGUEL, B. G.; DAVIES, S. J. C. Chapter 5.1: phenomenology of anxiety disorders. **Handbook of of Behavioral Neuroscience**, v. 17, n. 7, p. 365-393, dec. 2008. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/229348655_Chapter_51_Phenomenology_of_anxiety_disorders>. Acesso em: 07 jan. 2016.

OLIVEIRA, M. L. L.; RABAY, G. A vida das mulheres no semiárido nordestino: pobreza, desigualdades e teimosia. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Belo Horizonte, v. 26, p. 10-12, jun. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulher e saúde**: evidências de hoje agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2011. Disponível em:< http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

PAFFER, A. T. et al. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 130, n. 2, p. 84-91, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/spmj/v130n2/03.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

PAIVA, C. C. N. et al. Educação em saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 685-691, out./dez. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0685.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

PAIVA, C. E. et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

PAIVA, L. M. et al. Investigando lesões precursoras do câncer de colo uterino em um município norte-rio-grandense. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 131-140, dez. 2013. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1645/pdf_1013>. Acesso em: 15 fev. 2016.

PARDO, M. D. A. et al. Prevalencia de depresión en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras. **Revista Médica Hondurena**, Tegucigalpa, v. 78, n. 4, p. 174-178, out./dez. 2010. Disponível em:< http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-4-2010-3.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

PATEL, V. et al. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. **Archives of General Psychiatry,** Chicago, v. 63, n. 4, p. 4044013, abr. 2006. Disponível em:< http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209474>. Acesso em: 23 jan. 2016.

PEGORARI, M. S. et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 233-241, abr./jun. 2015. Disponível em:< http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/25265/15236>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PINHO, PS.; ARAÚJO, TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560-572, set. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

PINTO, D. S.; FUZII, H. T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 4, p. 769-778, abr. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/16.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 630-640, dez. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/08.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.

ROHRER, J. E.; BORDERS, T. F.; BLANTON, J. Rural residence is not a risk factor for frequent mental distress: a behavioral risk factor surveillance survey. **BMC Public Health**, London, v. 16, n. 5, p. 1-6, maio 2005. Disponível em:< http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-46>. Acesso em: 15 jan. 2016.

RAHMAN, M. et al. Reproductive health practice of married women in the rural community of Dhamrai Upazila, Dhaka. Anwer Khan Modern Medical College Journal, Bangladesh, v. 4, n. 2, p. 31-36, 2013. Disponível em:< http://www.banglajol.info/index.php/AKMMCJ/article/view/16940/11894>. Acesso em: 06 fev. 2016.

SANDERSON, B. K. et al. Personal, social, and physical environmental correlates of physical activity in rural African-American women in Alabama. **American Journal of Preventive Medicina**, New York, v. 25, n. 3, supl. 1, p. 30-37, out. 2003.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. n. 1, p. 214-222, jan. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/23.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

SCHLUTERMAN, N. H. et al. Differences in patterns of high-risk human papillomavirus infection between urban and rural low-resource settings: cross-sectional findings from Mali. **BMC Women's Health**, London, n. 13, p. 4, 2016. Disponível em:< http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-13-4>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SHAHJAHAN, M. et al. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. **Reproductive Health [Electronic Resource]**, London, n. 10, p. 27, maio 2013. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663737/pdf/1742-4755-10-27.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

SHARIFUL ISLAM, S. M.; MAINUDDIN, A. K. M. Relationship between income generating activities of rural women and their reproductive health behavior in Bangladesh. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 15, n. 4, p. 3216, out./dez. 2015.

SHIDHAYE, R.; PATEL, V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 39, n. 6, p. 1510-1521, dez. 2010. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992631/pdf/dyq179.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

SIDLAUSKAITÉ-STRIPEIKIENE, I.; ZEMAITIENÉ, N.; KLUMBIENÉ, J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. **Medicina**, Kaunas, v. 46, n. 10, p. 693-699, 2010.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 175-185, 2012. Disponível em:< http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>. Acesso em: 05 jan. 2016.

SIMMONS, L. A. et al. Sources of Health Information among rural women in Western Kentucky. **Public Health Nursing**, Utica, v. 32, n. 1, p. 3-14, jan./fev. 2015.

SOSA-RUBÍ, S. G. et al. Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 51, supl. 2, jan. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SOUZA, L. M.; MORAIS, R. L. G. L.; OLIVEIRA, J. S. Direitos sexuais e reprodutivos: influência dos materiais educativos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 683-693, jul./set. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00683.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

STAMENIĆ, V.; STRNAD, M. Urban-rural differences in a population-based breast câncer screening program in Croatia. **Croatian Medical Journal**, Zagreb, v. 52, n. 1, p. 76-86, fev. 2011. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046496/>. Acesso em: 21 fev. 2016.

STELL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 43, n. 2, p. 476-493, abr. 2014. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/pdf/dyu038.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

THUM, M. A. et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-82, set. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/20.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

TRAN, T. D.; TRAN, T.; FISHER, J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 24, p. 1-7, jan. 2013, 13:24 Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566910/pdf/1471-244X-13-24.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

TUONO, V. L. et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 85-92, jun. 2007. Disponível em:< http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n2/v16n2a03.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

VAN EIJK, A. M. et al. Reproductive health issues in rural Western Kenya. **Reproductive health [Electronic Resource],** London, n. 5, p. 1, mar. 2008.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 5, n. 1, p. 21-32, jan. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a03.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011. p. 304-308. Disponível em:< http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

VIDAL, C. E. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a15.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

WAGENAAR, B. H. et al. Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross sectional study in rural Haiti. **BMC Psychiatry**, London, n. 12, p. 149, set. 2012.

WANG, B. et al. Cervical Cancer Screening Among Adult Women in China, 2010. **The Oncologist**, Dayton, v. 20, n.6, p. 627-634, jun. 2015. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4571778/>. Acesso em: 19 fev. 2016.

WELLINGS, K. et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. **Lancet**, London, v. 368, n. 9548, p. 1706–1728, nov. 2006.

WEWERS, M. E. et al. Risk factors for smoking in rural women. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 21, n. 5, p. 548-556, maio 2012. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3388498/>. Acesso em: 26 jan. 2016.

WINTERS, C. A.; CUDNEY, S.; SULLIVAN, T. Expressions of depression in rural women with chronic illness. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 10, n. 4, p.1533, out./dez. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Making Pregnancy Safer. Department of Reproductive Health and Research. **Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em:< http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating mental health into primary care**: a global perspective. Geneva: WHO, 2008. Disponível em:< http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media Centre. **Depression**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em:< http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: 20 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Determinants and Populations. Department of Mental Health and Substance Dependence **Women's mental health**: an evidence based review. Geneva: WHO, 2000. Disponível em:< http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:< http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

YU, X. Q. et al. Temporal trends show improved breast cancer survival in Australia but widening urban-rural differences. **Breast**, Edinburgh, v. 24, n. 4, p. 524-527, ago. 2015.

# *APÊNDICES*

## APÊNDICE A – Instrumento de caracterização sociodemográfica e econômica

| I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS |
|---|
| 1.1. Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: |
| 1.2. Cor auto referida: ( ) 1 branca, 2 negra, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha |
| 1.3. Situação conjugal: ( ) 1 solteira, 2 casada/união estável, 3 viúva, 4 divorciada/separada |
| 1.4. Tempo de relacionamento em meses: ( ) 222 não sabe 999 não se aplica |
| 1.5. Escolaridade em anos estudados: ( ) |
| 1.6. Religião: ( ) 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 não tem, 5 não acredita em Deus ou em divindades, 6 outros |
| 1.7. Ocupação: ( ) 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante, 6 aposentada |
| 1.8. Provedor da família: ( ) 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 pais,5 outros |
| 1.9. Renda Individual Mensal: ( ) 1 salário, 2 bolsa família, 3 pensão dos pais ou dos filhos, 4 não possui renda individual, 5 renda de mercado informal, 6 outros. |
| 1.10. Valor da renda individual em salário mínimo: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica. |
| 1.11. Valor da renda familiar em salário mínimo: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica. |
| 1.12. Número de pessoas residentes no domicílio: ( ) |
| 1.13. Tipo de moradia: ( ) 1 alvenaria, 2 taipa revestida, 3 madeira, 4 outros. |
| 1.14. Abastecimento de água: ( ) 1 rede geral, 2 poço, 3 céu aberto. |

## APÊNDICE B – Instrumento de caracterização comportamental

| |
|---|
| **II. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS** |
| 2.1. Realiza atividade física: (  ) 1 sim, 2 não (Vá para 2.5). |
| 2.2. Tipo de atividade física: (  ) 1 caminhada, 2 bicicleta, 3 outro, 999 não se aplica. |
| 2.3. Quantos dias por semana faz atividade física: (  ) 1 um dia, 2 dois dias, 3 três dias, 4 quatro ou mais dias, 222 não sabe, 999 não se aplica. |
| 2.4. Tempo da atividade física: (  ) 1 menos de 30 minutos, 2 mais de 30 minutos, 222 não sabe, 999 não se aplica. |
| 2.5. Possui alguma doença crônica: (  ) 1 não possui, 2 hipertensão arterial, 3 diabetes mellitus, 4 depressão, 5 outras, 999 não se aplica. |
| 2.6. Hábito de fumar: (  ) 1 não fuma, 2 fuma |
| 2.7. Número de cigarros/dia: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 2.8. Uso de drogas ilícitas: (  ) 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês |
| 2.9. Realiza atividades regulares de lazer: (  ) 1 sim, 2 não. |
| 2.10. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: (  ) 1 boa, 2 ruim, 999 não se aplica |

## APÊNDICE C – Caracterização ginecológica
## Instrumento de Saúde Reprodutiva

| III. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS |
|---|
| 3.1. Idade da menarca em anos: (  ) 222 não sabe |
| 3.2. Idade da primeira relação sexual consentida, em anos: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca teve relação sexual) |
| 3.3. Você usou algum método contraceptivo no último ano: (  ) 1 sim, 2 não (Vá para 3.28) |
| Se sim, qual(is) o(s) método(s) utilizado(s) no último ano? |
| 3.4. Hormonal oral: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.5. Hormonal injetável: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.6. Hormonal adesivo: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.7. Anel vaginal: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.8. Implantes: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.9. DIU cobre: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.10. DIU com levonogestrel: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.11. Laqueadura tubária: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.12. Vasectomia: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.13. Preservativo masculino: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.14. Preservativo feminino: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.15. Espermicida: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.16. Diafragma: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.17. Coito interrompido: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.18. Tabelinha: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.19. Temperatura corporal basal: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.20. Muco cervical: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.21. Amenorréia lactacional: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.22. Pílula de emergência: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.23. Qual você usou por mais tempo? (  ) 1 hormonal oral, 2 hormonal injetável, 3 hormonal adesivo, 4 anel vaginal, 5 implantes, 6 DIU cobre, 7 DIU com levonogestrel, 8 laqueadura tubária, 9 vasectomia, 10 preservativo masculino, 11 preservativo feminino, 12 espermicida, 13 diafragma, 14 coito interrompido, 15 tabelinha, 16 temperatura corporal basal, 17 muco cervical, 18 amenorreia lactacional, 19 pílula de emergência, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.24. Qual o tempo de uso deste método, em meses? (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |
| 3.25. De quem foi a escolha do método contraceptivo usado no último ano: (  ) 1 própria mulher, 2 companheiro, 3 profissional de saúde, 4 ambos escolheram, 5 outro, 999 não se aplica (não usou método contraceptivo no último ano) |
| 3.26. Motivo da escolha do método contraceptivo no último ano: (  ) 1 segurança e eficácia, 2 acesso facilitado, 3 melhor adaptação, 4 outro, 999 não se aplica (não usou) |
| 3.27. Qual local de aquisição do MAC(s): (  ) 1 Unidade de Saúde, 2 Farmácia, 3 ambos, 4 hospital, 5 outro, 222 não sabe, 999 não se aplica (não usou método no último ano) |

| |
|---|
| 3.28. Se não, por quê? (  ) 1 aspectos relacionadas a mulher, 2 ao parceiro, 3 aos serviços de saúde, 4 não tem relação sexual, 5 outro, 999 não se aplica (usou método no último ano) |
| 3.29. Você teve algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível (DST) no último ano? (  ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe (Vá para 3.32 caso a resposta seja 2 ou 222) |
| 3.30. Qual(is) DST você teve no último ano? (  ) 1 Herpes, 2 Candidíase, 3 Gardnerella, 3 Tricomoníase, 4 Gonoréia, 5 Sífilis, 6 HIV, 7 outros, 222 não sabe, 999 não se aplica (não teve DST). |
| 3.31. Se sim, você fez o tratamento? (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve) |
| 3.32. Você costuma ir ao ginecologista com qual frequência? (  ) 1 mais de uma vez ao ano, 2 anualmente, 3 a cada dois anos, 4 somente quando está com problema de saúde, 5 nunca foi ao ginecologista, 6 mais de 2 anos, 7 somente na gravidez, 8 outro |
| 3.33. Por qual motivo você vai à consulta? (  ) 1 rotina, 2 quando tem queixas, 3 gravidez, 999 não se aplica (não vai ao ginecologista) |
| 3.34. Realiza exame de colpocitologia oncótica (papanicolau)? (  ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 3.35. Se sim, com qual frequência? (  ) 1 anualmente, 2 mais de uma vez por ano, 3 a cada dois anos, 4 mais de 2 anos, 222 não sabe, 999 não se aplica (não realiza o exame ou nunca teve relação) |
| 3.36. Realiza palpação (auto exame) das mamas? (  ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 3.37. Já realizou exame de mamografia? (  ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 3.38. Frequência das relações sexuais: (  ) 1 mais de uma vez por dia, 2 diariamente, 3 uma vez por semana, 4 duas ou mais vezes por semana, 5 quinzenalmente, 6 mensalmente, 7 anualmente, 999 não se aplica (nunca teve ou não tem no momento relações sexuais) |
| 3.39. Quando você tem relação sexual, com qual frequência você sente vontade: (  ) 1 sempre, 2 na maioria das vezes, 3 às vezes, 4 nunca, 999 não se aplica (nunca teve ou não tem no momento relações sexuais) |

## APÊNDICE D – Caracterização obstétrica

| |
|---|
| **IV. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS** |
| 4.1. Número de gestações: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.2. Idade da mulher na primeira gravidez em anos: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.3. Idade da mulher na última gravidez em anos: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.4. Última gestação foi planejada? (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.5. Última gestação foi desejada? (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.6. Número de partos: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.7. Número de partos normais anteriores: (  ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto normal anterior |
| 4.8. Número de cesáreas anteriores: (  ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve cesárea anterior |
| 4.9. Número de partos com fórcipe anteriores: (  ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto com fórcipe anterior |
| 4.10. Número de abortos: (  ) 999 não se aplica (não teve) |
| 4.11. Número de filhos vivos: (  ) 999 não se aplica (nenhum) |
| 4.12. Você teve algum filho que nasceu morto? (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.13. Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento? (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.14. Intervalo interpartal entre a penúltima e a última gravidez em meses: (  ) 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.15. Realizou pré-natal durante a última gestação: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.16. Teve algum problema relacionado à maternidade: (  ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica |
| 4.17. Qual problema: (  ) 1 hipertensão arterial, 2 diabetes gestacional, 3 DST, 4 infecção do trato urinário, 5 outros, 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.18. Teve intercorrências na gestação: (  ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica |
| 4.19. Qual (is) intercorrências: (  ) 1 pré-eclâmpsia, 2 eclâmpsia, 3 trabalho de parto prematuro, 4 descolamento de placenta, 5 outros, 222 não sabe, 999 não se aplica |

# APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARA O JUIZ

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Senhor(a)

Convidamos V. Sa. para participar voluntariamente do estudo "**Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais**". O presente estudo será realizado com mulheres residentes na zona rural do município de Uberaba – MG, há mais de 1 ano com idade entre 15 e 49 anos. Uberaba tem uma população de aproximadamente 295.988 habitantes e área de 4.524 $Km^2$. A zona rural do município possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e está dividida em três Distritos Sanitários (DS). Fazem parte quatro Equipes de Saúde da Família, nas áreas de abrangências: Borgico-Calcário (DSII); Baixa-Capelinha (DSII), Santa Rosa (DSIII) e Ponte Alta-Peirópolis (DSI).

O propósito deste Termo é validar dois instrumentos de coleta de dados (Instrumento de caracterização sociodemográfica e Instrumento de saúde reprodutiva) constante no estudo. Sua colaboração consiste em analisar os instrumentos quanto à clareza, aparência, facilidade da leitura, compreensão e utilidade, bem como a pertinência das questões em relação ao tema. Além disso, com os referidos instrumentos serão realizados um estudo piloto com participantes que não farão parte do estudo definitivo, de modo a permitir que sejam feitos ajustes prévios à coleta de dados definitiva.

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre a sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada na adequação dos instrumentos bem como em estudos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar este termo, que se encontra em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora.

Informamos que este tipo de estudo pode implicar em risco de desconforto com relação ao cansaço para análise dos instrumentos e tempo gasto em tal atividade. O referido risco será minimizado permitindo o tempo necessário para analisar os instrumentos da pesquisa. Em caso de manutenção do desconforto, a análise poderá ser interrompida sem acarretar ônus ou prejuízo para sua vida pessoal/profissional.

Informamos que a sua participação na referida pesquisa pode trazer benefícios, indiretamente, no que diz respeito a contribuição de novas informações sobre saúde mental e reprodutiva de mulheres da zona rural, para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico.

Informamos que sua participação nesta pesquisa não gerará nenhum tipo de gasto e, por ser uma atividade voluntária não haverá nenhum tipo de remuneração para participar da mesma.

Declaramos a garantia dos seus direitos abaixo relacionados:

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões;
- Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;
- Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo;
- Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;
- Direito à indenização conforme as leis vigentes do país, caso o participante se sinta lesado em decorrência de sua participação na pesquisa (Item IV.3-h).

Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Orientadora
flagomes@eerp.usp.br
(16)3602-3419

Bibiane Dias Miranda Parreira
Doutoranda
bibianedias@yahoo.com.br
(34)9994-9592

**Consentimento de participação:**

Eu_____
_____ RG ou CPF_____, concordo em participar, voluntariamente, do estudo "**Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais**". Estudo realizado com mulheres residentes na zona rural do município de Uberaba – MG, com idade entre 15 e 49 anos, sob responsabilidade das pesquisadoras Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz e Bibiane Dias Miranda Parreira.
Data: ____/ ____/ ____

_____
Assinatura do participante

## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Idade igual ou superior a 18 anos ou responsáveis.

TÍTULO DO PROJETO: **Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais.**

Você está sendo convidada a participar do estudo: Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais. O objetivo deste estudo é: identificar as características sociais, demográficas e de saúde reprodutiva, e a ocorrência de transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade em mulheres residentes na zona rural. A própria pesquisadora irá fazer algumas perguntas e anotar as respostas. As perguntas serão sobre dados sociais, econômicos, de saúde reprodutiva e mental. A entrevista terá duração de 20 minutos. De acordo com as questões éticas e legais que orientam a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam sua identificação. O conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/o periódicos científicos e, na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda de confidencialidade, desta forma, as entrevistas serão identificadas por números, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo. A sua participação na pesquisa contribuirá com o conhecimento na área e, ainda, subsidiar o planejamento de ações em saúde. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Você ficará com um termo de consentimento que constará o nome e telefone do pesquisador.

Eu, _____, li e/ou ouvi com explicações o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu acompanhamento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Declaro estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados:

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões;
- Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;
- Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo;
- Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;
- Direito à indenização conforme as leis vigentes do país, caso o participante se sinta lesado em decorrência de sua participação na pesquisa (Item IV.3-h).

Este termo de consentimento livre e esclarecido está impresso em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um.

**Eu concordo em participar do estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de consentimento.**

Uberaba, ...../ ...../.....

_____ _____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de identidade

_____ _____

Assinatura do pesquisador responsável Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: Bibiane Dias Miranda Parreira/Flávia Gomes-Sponholz – 34 3318-5484. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pelo telefone 16 3602-3386, em dias úteis - horário comercial.

## APÊNDICE G - TERMO DE ASSENTIMENTO – Idade inferior a 18 anos

TÍTULO DO PROJETO: **Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais.**

Você está sendo convidada a participar do estudo: Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais. O objetivo deste estudo é: identificar as características sociais, demográficas e de saúde reprodutiva, e a ocorrência de transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade em mulheres residentes na zona rural. A própria pesquisadora irá fazer algumas perguntas e anotar as respostas. As perguntas serão sobre dados sociais, econômicos, de saúde reprodutiva e mental. A entrevista terá duração de 20 minutos. De acordo com as questões éticas e legais que orientam a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam sua identificação. O conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/o periódicos científicos e, na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda de confidencialidade, desta forma, as entrevistas serão identificadas por números, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo. A sua participação na pesquisa contribuirá com o conhecimento na área e, ainda, subsidiar o planejamento de ações em saúde. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Você ficará com um termo de assentimento que constará o nome e telefone do pesquisador.

Eu, _____, li e/ou ouvi com explicações o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu acompanhamento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Declaro estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados:

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões;
- Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;
- Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo;
- Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;
- Direito à indenização conforme as leis vigentes do país, caso o participante se sinta lesado em decorrência de sua participação na pesquisa (Item IV.3-h).

Este termo de assentimento livre e esclarecido está impresso em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um.

**Eu concordo em participar do estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de assentimento.**

Uberaba, ...../ ...../.....

_____ _____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de identidade

_____ _____

Assinatura do pesquisador responsável Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: Bibiane Dias Miranda Parreira/Flávia Gomes-Sponholz – 34 3318-5484. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pelo telefone 16 3602-3386, em dias úteis - horário comercial.

# *ANEXOS*

## ANEXO A – *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)

**QUESTIONÁRIO AUDIT**

**1. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas?**

(0) Nunca [vá para as questões 9-10]

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

**2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?**

(0) 0 ou 1

(1) 2 ou 3

(2) 4 ou 5

(3) 6 ou 7

(4) 8 ou mais

**3. Com que freqüência você consome seis ou mais doses de uma vez?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

**4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

**5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

**6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

**7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

**8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?**

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

**9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?**

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

**10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?**

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

## ANEXO B - Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Leia cada pergunta. Faça um círculo ao redor do número que **melhor se aplica a você e ao problema que teve nos últimos 30 dias.** Se você acha que a questão se aplica a você e ao problema que teve nos últimos 30 dias, responda SIM. Se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| **1.** Tem dores de cabeça freqüentes? | 1 | 2 |
| **2.** Tem falta de apetite? | 1 | 2 |
| **3.** Dorme mal? | 1 | 2 |
| **4.** Assusta-se com facilidade? | 1 | 2 |
| **5.** Tem tremores de mão? | 1 | 2 |
| **6.** Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | 1 | 2 |
| **7.** Tem má digestão? | 1 | 2 |
| **8.** Tem dificuldade para pensar com clareza? | 1 | 2 |
| **9.** Tem se sentido triste ultimamente? | 1 | 2 |
| **10.** Tem chorado mais do que de costume? | 1 | 2 |
| **11.** Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 1 | 2 |
| **12.** Tem dificuldades para tomar decisões? | 1 | 2 |
| **13.** Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? | 1 | 2 |
| **14.** É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | 1 | 2 |
| **15.** Tem perdido o interesse pelas coisas? | 1 | 2 |
| **16.** Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1 | 2 |
| **17.** Tem tido ideias de acabar com a vida | 1 | 2 |
| **18.** Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 1 | 2 |
| **19.** Tem sensações desagradáveis no estômago? | 1 | 2 |
| **20.** Cansa-se com facilidade? | 1 | 2 |

## ANEXO C - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-Estado)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar **como você se sente agora**. Tente dar a resposta que mais se aproximar de **como você se sente neste momento.**

| | Não | Pouco | Bastante | Muito |
|---|---|---|---|---|
| **1.** Sinto-me calmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2.** Sinto-me seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3.** Estou tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4.** Estou arrependido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5.** Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6.** Sinto-me perturbado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7.** Estou preocupado com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8.** Sinto-me descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9.** Sinto-me ansioso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10.** Sinto-me “em casa” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11.** Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12.** Sinto-me nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13.** Estou agitado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14.** Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15.** Estou descontraído | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16.** Estou satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17.** Estou preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **18.** Sinto-me supracitado e confuso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **19.** Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **20.** Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |

## ANEXO D - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE –Traço)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar **como você geralmente se sente.** Tente dar a resposta que mais se aproximar de **como você se sente geralmente.**

| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
|---|---|---|---|---|
| **1.** Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2.** Canso-me facilmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3.** Tenho vontade de chorar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4.** Gostaria de poder ser tão feliz quanto outros parecem ser | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5.** Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6.** Sinto-me cansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7.** Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8.** Sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não consigo resolver | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9.** Preocupo-me demais com as coisas sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10.** Sou feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11.** Deixo-me afetar muito pelas coisas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12.** Não tenho muita confiança em mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13.** Sinto-me seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14.** Evito ter que enfrentar crise ou problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15.** Sinto-me deprimido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16.** Estou satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17.** As vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **18.** Levo os desapontamentos tão a serio que não consigo tirá-los da cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **19.** Sou uma pessoa estável | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **20.** Fico tenso e perturbado quando penso meus problemas do momento | 1 | 2 | 3 | 4 |

## ANEXO E - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que **você tem se sentido na última semana, incluindo hoje.** Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma.

| | |
|---|---|
| **1.**<br>**0** Não me sinto triste.<br>**1** Eu me sinto triste.<br>**2** Estou sempre triste e não consigo sair disto.<br>**3** Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | **6.**<br>**0** Não acho que esteja sendo punido.<br>**1** Acho que posso ser punido.<br>**2** Creio que serei punido.<br>**3** Acho que estou sendo punido. |
| **2.**<br>**0** Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.<br>**1** Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.<br>**2** Acho que nada tenho a esperar.<br>**3** Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. | **7.**<br>**0** Não me sinto decepcionado comigo mesmo.<br>1 Estou decepcionado comigo mesmo.<br>**2** Estou enojado de mim.<br>**3** Eu me odeio. |
| **3.**<br>**0** Não me sinto um fracasso.<br>**1** Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.<br>**2** Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.<br>**3** Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | **8.**<br>**0** Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.<br>**1** Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.<br>**2** Eu me culpo sempre por minhas falhas.<br>**3** Eu me culpo por tudo de mau que acontece. |
| **4.**<br>**0** Tenho tanto prazer em tudo como antes.<br>**1** Não sinto mais prazer nas coisas como antes.<br>**2** Não encontro um prazer real em mais nada.<br>**3** Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. | **9.**<br>**0** Não tenho qualquer ideia de me matar.<br>**1** Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.<br>**2** Gostaria de me matar.<br>**3** Eu me mataria se tivesse oportunidade. |
| **5.**<br>**0** Não me sinto especialmente culpado.<br>**1** Eu me sinto culpado grande parte do tempo.<br>**2** Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.<br>**3** Eu me sinto sempre culpado. | **10.**<br>**0** Não choro mais do que o habitual.<br>**1** Choro mais agora do que costumava.<br>**2** Agora, choro o tempo todo.<br>**3** Costumava se capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.me irritar. |

| | |
|---|---|
| **11.**<br>**0** Não sou mais irritado agora do que já fui.<br>**1** Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.<br>**2** Atualmente me sinto irritado o tempo todo.<br>**3** Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar. | **16.**<br>**0** Consigo dormir tão bem como o habitual.<br>**1** Não durmo tão bem quanto costumava.<br>**2** Acordo uma ou duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.<br>**3** Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. |
| **12.**<br>**0** Não perdi o interesse pelas outras pessoas.<br>**1** Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.<br>**2** Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.<br>**3** Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas. | **17.**<br>**0** Não fico mais cansado do que o habitual.<br>**1** Fico cansado com mais facilidade do que costumava.<br>**2** Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.<br>**3** Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. |
| **13.**<br>**0** Tomo decisões tão bem quanto antes.<br>**1** Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.<br>**2** Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.<br>**3** Não consigo mais tomar decisões. | **18.**<br>**0** Meu apetite não está pior do que o habitual.<br>**1** Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.<br>**2** Meu apetite está muito pior agora.<br>**3** Não tenho mais nenhum apetite. |
| **14.**<br>**0** Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.<br>**1** Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.<br>**2** Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.<br>**3** Acredito que pareço feio. | **19.**<br>**0** Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.<br>**1** Perdi mais de dois quilos e meio.<br>**2** Perdi mais de cinco quilos.<br>**3** Perdi mais de sete quilos.<br>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:<br>**Sim** ____ **Não** ____ |
| **15.**<br>**0** Posso trabalhar tão bem quanto antes.<br>**1** Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.<br>**2** Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.<br>**3** Não consigo mais fazer trabalho algum. | **20.**<br>**0** Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.<br>**1** Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.<br>**2** Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.<br>**3** Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. |

| | |
|---|---|
| **21.**<br>**0** Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.<br>**1** Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.<br>**2** Estou muito menos interessado em sexo atualmente.<br>**3** Perdi completamente o interesse por sexo. | |

# ANEXO F – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 03 de junho de 2013.

Ilmo. Sr. Fahim Sawan
M.D. Secretário Municipal da Saúde

Referente à solicitação de autorização para realizar uma pesquisa nas Unidades de Saúde da Família da área rural do município de Uberaba- MG

Prezado Secretário,

Vimos solicitar sua autorização para a realização da pesquisa intitulada "*Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais*" nas Unidades de Saúde da Família da área rural deste município.

Trata-se de uma tese de doutorado da enfermeira Bibiane Dias Miranda Parreira junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade, sob minha orientação.

Desta forma, solicitamos sua autorização para que possamos encaminhar o projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Segue em anexo o projeto de pesquisa.

Agradecemos e colocamo-nos à disposição para informações adicionais

Atenciosamente,

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Orientadora da pesquisa

Bibiane Dias Miranda Parreira
Bibiane Dias Miranda Parreira
Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública

# ANEXO G – FOLHA DE APROVAÇÃO DA SMS/PMU

Secretaria de **Saúde**

UBERABA
PARA O BEM DE NOSSA GENTE

51504

INFORMAÇÃO Nº 0019/2013

Uberaba, 20 de Junho de 2013.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

**Instituição de ensino:** Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto

**Curso**: Enfermagem.

**Título:** "Saúde Mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba- Minas Gerais".

**Local de realização**: Unidades de Saúde da Família da área rural do Município de Uberaba.

**Objetivo:** Identificar a associação entre variáveis sociodemógraficas e de saúde reprodutiva, e a ocorrência de transtornos mentais em mulheres residentes na zona rural.

**Justificativa:** A proposta deste estudo é caracterizar a saúde mental e reprodutiva de mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona rural do município de Uberaba, na tentativa de responder à pergunta: Existe associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde reprodutiva, e a ocorrência de transtornos mentais em mulheres residentes na zona rural?

**Metodologia**: Trata-se de um estudo observacional, tipo transversal, será composta por mulheres residentes na zona rural do município de Uberaba, com idade entre 15 a 49 anos. Os instrumentos a serem utilizados são: o instrumento de identificação dos dados sociodemográficos, instrumentos referente à saúde reprodutiva, o BDI, a Idate-Traço e a Idate-Estado, a BSI.

**Comitê de Ética em pesquisa**: A ser encaminhado ao CEP.
Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Gheysa Alves Mendonça
Coordenadora do Centro de Educação em Saúde

Patrícia Emmanuelle da Cruz
Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

(X) Deferido
( ) Indeferido

Ciente do solicitante: _____
Flavia Azevedo Gomes -Sponholz– CPF145. 431.438-92
Data: ___/____/2013.

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732 – www.uberaba.mg.gov.br

# ANEXO H – FOLHA DE APROVAÇÃO DO CEP DA EERP-USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

***COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP***

Of.CEP-EERP/USP – 280/2013

Ribeirão Preto, 27 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de novembro de 2013.

**Protocolo: 21860113.2.0000.5393**

**Projeto:** Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais.

**Pesquisadores:** Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Bibiane Dias Miranda Pereira

***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,

**Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos**
Coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilma. Sra.**
**Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz**
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP