

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Carolina Sakiyama

Condições psíquicas maternas: Estudo sobre associação entre apoio social, transtorno mental comum, estresse e características sócio-demográficas

São Paulo

2019

CAROLINA SAKIYAMA

Condições psíquicas maternas: Estudo sobre associação entre apoio social, transtorno mental comum, estresse e características sócio-demográficas

Versão original

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lerner

São Paulo

2019

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.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sakiyama, Carolina

Condições psíquicas maternas: Estudo sobre associação entre apoio social, transtorno mental comum, estresse e características sócio-demográficas / Carolina Sakiyama; orientador Rogério Lerner. -- São Paulo, 2019.

88 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Apoio Social. 2. Maternidade. 3. Transtornos Mentais Comuns. 4. Estresse. I. Lerner, Rogério, orient. II. Título.

Nome: Sakiyama, Carolina

Título: Condições psíquicas maternas: Estudo sobre associação entre apoio social, transtorno mental comum, estresse e características sócio-demográficas

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

*À Bruno, querido amigo, foi um enorme prazer te encontrar nessa vida. Tinha a força de quem não se acanha diante da morte, diante do que incomoda e diante da parte amarga da vida.*

*(in memoriam)*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rogério Lerner, por ter me concedido a oportunidade de desenvolver este trabalho, transmitindo sua experiência, conhecimento e orientação que tanto contribuíram para minha formação enquanto pesquisadora.

À Profa. Dra. Julia Garcia Durand, pela assessoria e colaboração na orientação deste trabalho. Sua didática e orientações teóricas e metodológicas foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa e me proporcionaram enorme aprendizado.

Aos professores Dr. Érico Bruno Viana Campos e Dra. Christiane Carrijo Mouammar, que acompanharam a minha trajetória acadêmica desde a faculdade, através de suas aulas, supervisões em estágios e iniciação científica sempre me incentivaram a continuidade dos estudos. Em especial, agradeço a Chris pela sua presença e valiosas contribuições na qualificação.

À Vinicius David, pela colaboração e assistência na análise estatística desta pesquisa, a qual realizou pacientemente, principalmente nas longas reuniões com pedidos de ajuda e inúmeras dúvidas. À Ana Paula Cavaguti, pela cuidadosa revisão de texto. E à Melina Sakiyama pela disposição em redigir o abstract.

À Valéria Provedel, que tem me acompanhado durante anos, pelo asseguramento de um mundo subjetivo capaz de se sustentar diante de épocas tão desafiadoras. Agradeço pela sua escuta ativa, compreensiva e acolhedora.

Aos meus queridos pais, Tetsuo e Helena, que são fonte de inspiração e apoio total, que nunca perderam as esperanças e muito me incentivaram a investir nessa trajetória, e no compasso da repetição e da criação me possibilitaram as experiências mais genuínas na vida. À Melina, pelo compartilhamento de experiências que apenas uma irmã seria capaz de entender. E por fim, ao meu noivo Alberto, pela cumplicidade, acolhimento das minhas inquietações, amparo nos momentos mais desgastantes e pelo seu olhar gentil e generoso em relação a minha pessoa, da qual sempre invejei.

Às mães que tornaram possível a realização desta pesquisa, que gentilmente cederam seu tempo e compartilharam suas histórias, o meu mais profundo respeito.

## RESUMO

Sakiyama, C. (2019). *Condições psíquicas maternas: Estudo sobre associação entre apoio social, transtorno mental comum, estresse e características sócio-demográficas* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O apoio social é um construto multidimensional, que se refere a todo tipo de assistência, informação, cuidado e afeto que alguém recebe de seus contatos sociais, das comunidades e das instituições. Dessa forma, o apoio social é um fator protetor e promotor de saúde, que pode moderar os efeitos adversos tanto em doenças físicas como em transtornos mentais - ansiedade, estresse e depressão. O objetivo do presente estudo é identificar as correlações entre apoio social e saúde mental materna, caracterizados pelo transtorno mental comum e estresse, e descrever a associação entre o apoio social materno e as características sócio-demográficas. A amostra se constituiu de 75 mães, entre 20 e 53 anos de idade, com filhos de até 26 meses de idade, residentes no Estado de São Paulo. Esta é uma pesquisa com delineamento transversal em que a avaliação do apoio social percebido pelas mães no puerpério se realizou por meio da Escala de Apoio Social de MOS. Para a avaliação da saúde mental materna, utilizaram-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e a Escala de Estresse Percebido (PSS-14). A média global de apoio social da amostra foi de 78,7 pontos (DP=16,7), a média de estresse foi de 27 pontos (DP=9), e a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 40% na amostra. As variáveis sócio-demográficas com resultados estatisticamente significativos e positivos associados ao apoio social foram a escolaridade materna e a paterna, ocupação paterna e renda materna. Com relação às associações entre a percepção de apoio social e o estado de saúde mental das respectivas mulheres se constataram resultados estatisticamente significativos, indicando que maiores níveis de apoio social estão associados a menores níveis de estresse e a menores chances da presença de transtornos mentais comuns. Quando se investigou o apoio social em suas diferentes dimensões, o apoio de interação social positiva, apoio emocional e apoio afetivo apresentaram resultados estatisticamente significativos na correlação com o transtorno mental comum. E, quando verificadas as dimensões de apoio com o estresse, todos os fatores, exceto o apoio material, obtiveram resultados significativos. Espera-se que esses dados contribuam para o avanço das investigações sobre os aspectos psicossociais que envolvem a maternidade e o desenvolvimento de políticas públicas destinadas às mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Apoio Social. Maternidade. Transtornos Mentais Comuns. Estresse.

## ABSTRACT

Sakiyama, C. (2019). *Psychic maternal conditions: relationship between social support, common mental disorders, stress and sociodemographic issues* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Social support is a multidimensional construction which refers to all types of information, care and affection that a person receives from their own social networks, communities and institutions. In this regard, social support is a factor that protects and promotes health, and can alleviate negative effects both in physical diseases and in mental illness such as anxiety, depression and stress. The objective of this study is to identify correlations between social support and maternal mental health issues, known to be caused by mental disorder and stress, and to describe the relationship between maternal social support and sociodemographic features. Seventy-five mothers between 20 and 53 years of age, with children of up to 26 months old, who are residents in the State of São Paulo were part of the sampling. This research has a cross-sectional design in which the social support perceived by the mothers during puerperal phase was evaluated through the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). To evaluate the state of maternal mental health, we used the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) and the Perceived Stress Scale (PSS-14). The Social Support global mean was 78,7 points (SD=16,7) and the stress mean was 27 points (SD=9), and the prevalence of common mental disorders was 40%. The sociodemographic variables with statistically significant positive results associated to the social support were maternal schooling, paternal schooling, paternal occupation and maternal income. With regards to the relationship between the state of mental health and the perceived social support, the results were statistically relevant and indicated that higher levels of social support are associated with lower stress levels and lower chances of having common mental disorders. During the investigation of social support in different dimensions, the support from positive social interaction, emotional support, and affective support presented a greater explanatory weight with regards to the correlation with common mental disorders. When we verified all the support dimensions with stress, all types of support, with the exception of material support were significant. We expect that this data will contribute to the progress of the investigations of psychosocial aspects involved in the maternity and to the development of public policies focused on women in their puerperal pregnancy cycle.

Keywords: Social Support. Maternity. Common Mental Disorders. Stress.



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Descrição dos objetivos e sujeitos dos instrumentos utilizados na pesquisa.....	29
Quadro 2 – Síntese dos procedimentos de avaliação das famílias .....	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de distribuição das variáveis sócio-demográficas relacionadas à amostra (n=75) .....	33
Tabela 2 – Descrição das variáveis sociodemográficas segundo regiões avaliadas e os resultados dos testes estatísticos (n=75) .....	35
Tabela 3 – Descrição das características de interesse (EAS/SRQ/PSS) segundo regiões avaliadas e os resultados dos testes .....	37
Tabela 4 – Correlação entre variáveis sócio-demográficas e Apoio Social.....	38
Tabela 5 – Comparação de médias entre as diferentes ocupações associados ao apoio social	40
Tabela 6 – Distribuição de Apoio Social (por eixo) na amostra .....	41
Tabela 7 – Média da pontuação de SRQ-20 na amostra.....	42
Tabela 8 – Distribuição do SRQ-20 (com ou sem TMC) na amostra .....	42
Tabela 9 – Média da pontuação de Estresse na amostra.....	42
Tabela 10 – Comparação de médias de apoio social entre mães com e sem TMC .....	43
Tabela 11 – Correlação entre apoio social e transtorno mental comum (variável contínua) ...	43
Tabela 12 – Comparação de médias das dimensões de apoio social entre mães com e sem TMC .....	45
Tabela 13 – Correlação entre as dimensões de apoio social e transtorno mental comum (variável contínua).....	46
Tabela 14 – Correlação entre apoio social e estresse .....	46
Tabela 15 – Correlação entre as dimensões de apoio social e estresse .....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do Apoio Social (escore total) na amostra.....	40
Gráfico 2 – Distribuição do SRQ-20 (escore total) na amostra.....	41
Gráfico 3 – Distribuição de Estresse na amostra.....	42
Gráfico 4 – Correlação entre apoio social e transtorno mental comum (variável contínua) ...	44
Gráfico 5 – Comparação de médias das dimensões de apoio social entre mães com e sem TMC .....	45
Gráfico 6 – Correlação entre as dimensões de apoio social e estresse .....	47

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
2.1	Apoio Social.....	14
2.2	Saúde mental das mulheres na maternidade.....	17
2.3	Apoio social e saúde mental materna.....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
3.1	Objetivo Geral.....	22
3.2	Objetivos Específicos.....	22
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>23</b>
4.1	Delineamento da pesquisa.....	23
4.2	Dimensões de Investigação .....	23
4.3	Participantes .....	23
4.4	Instrumentos de Avaliação e Treinamento.....	24
4.4.1	Escala de Apoio Social do Outcomes Medical Study (MOS-SSS).....	24
4.4.2	Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) .....	28
4.4.3	Escala de Estresse Percebido (PSS) .....	29
4.5	Procedimentos .....	30
4.5.1	Coleta de dados .....	30
4.5.2	Análise de dados.....	31
4.6	Aspectos Éticos .....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
5.1	Análise descritiva da amostra.....	33
5.2	Correlação entre as variáveis sócio-demográficas e o apoio social.....	37
5.3	Características do Apoio Social na amostra.....	40
5.4	Características do Transtorno Mental Comum na amostra .....	41
5.5	Característica do Estresse na amostra .....	42
5.6	Associação entre Apoio Social e Transtorno Mental Comum.....	43
5.6.1	Associação entre Apoio Social como variável contínua e Transtorno Mental Comum.....	43
5.6.2	Associação entre Apoio Social por eixo e Transtorno Mental Comum.....	44
5.7	Associação entre Apoio Social e Estresse.....	46

5.7.1	Associação entre Apoio Social como variável contínua e Estresse .....	46
5.7.2	Associação entre Apoio Social por eixo e Estresse.....	46
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
6.1	Prevalência de apoio social na amostra.....	48
6.2	Prevalência de transtorno mental comum na amostra .....	49
6.3	Prevalência de estresse na amostra.....	51
6.4	Associação entre as variáveis sócio-demográficas e apoio social.....	54
6.5	Apoio social e saúde mental materna.....	57
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE A – Questionário de Avaliação 1 .....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>88</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo esteve vinculado a uma pesquisa maior denominada *Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): caracterização do vínculo e avaliação de um modelo de intervenção* (auxílio à pesquisa FAPESP nº 13/25332-6). Tal pesquisa esteve sob coordenação do Prof. Dr. Rogerio Lerner e da Profa. Dra. Julia Durand, como pesquisadora responsável (bolsista de pós-doutorado FAPESP nº 13/03676-5). O grupo da pesquisa maior se compôs de pesquisadoras de mestrado, doutorado e de pós-doutorado, além de psicólogas-bolsistas de treinamento técnico que trabalharam juntas na avaliação das famílias para a construção de um banco de dados em comum. Foram pesquisadoras-colaboradoras deste estudo: Dra. Julia Garcia Durand (pós-doutoranda, com bolsa FAPESP); Denise Mamede, Larissa Canguero, Stephania Geraldini e Tayná Brito (inicialmente bolsistas de treinamento técnico da FAPESP. Em seguida, essas bolsistas se tornaram mestrandas e doutorandas com bolsa CAPES); Nívea Nogueira, Monique Marques e Beatriz Barbosa (bolsistas de treinamento técnico da FAPESP).

Esse grupo vem desenvolvendo, desde 2013, projetos de pesquisa e extensão voltados a famílias de crianças com diagnóstico de TEA e/ou profissionais da saúde que atuem nessa área. São objetivos gerais desse grupo: (a) investigar as condições de saúde mental, estresse e suporte social de mães de crianças com TEA, aspectos do desenvolvimento de seus irmãos bebês e características da interação das díades mães-bebês, e (b) avaliar um modelo-piloto de intervenção de promoção de melhoria de condições emocionais dos pais e de desenvolvimento dos bebês, além da interação entre eles.

Esta dissertação tem seu enfoque sobre os dados coletados das mães pertencentes ao grupo controle da pesquisa maior, ou seja, das mulheres que tinham uma criança mais velha sem diagnóstico de autismo. A escolha por essas famílias e pela temática desta pesquisa se justifica pelo interesse nas investigações e nos estudos que dizem respeito ao universo feminino, especialmente às mulheres que já são ou que se tornam mães, passando por uma fase de transição permeada por desafios e que se encontram em contextos de muitas dificuldades. As motivações para tais investigações também não deixam de representar uma tentativa de uma postura ética, política e social de aliança e de companheirismo entre nós mulheres, sobretudo em um contexto histórico e cultural em que ainda há muitos estigmas, preconceitos e valores enraizados diante do corpo feminino, de sua sexualidade, de seus direitos reprodutivos e de sua forma de ser mãe.

Esta pesquisa se organiza em cinco capítulos - o primeiro deles se refere à introdução, em que se demonstram a temática e os conceitos mais importantes para este trabalho, divididos em três itens principais: o apoio social, a saúde mental materna e a relação de intercâmbio entre ambos os assuntos. O segundo capítulo apresenta o objetivo geral e os específicos desta pesquisa com o intuito de delimitar e sinalizar a proposta desta dissertação. O terceiro capítulo descreve os procedimentos metodológicos realizados nesta pesquisa, cujo intuito foi descrever as dimensões de investigação, caracterizar as participantes desta amostra, apresentar os instrumentos avaliativos, os procedimentos de coleta de dados e a análise destes dados. E, por fim, os resultados e discussão encontrados nesta pesquisa apoiados na literatura científica sobre o tema delimitado, sinalizando os principais aspectos investigados, suas contribuições e reflexões que podem auxiliar em outros estudos.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Apoio Social

O processo saúde-doença tem sido objeto de investigação de diversas áreas da ciência. Nesse sentido, no contexto das ciências sociais, a ideia de que as condições sociais influenciam na saúde não é recente. Diversos estudos já relatavam as circunstâncias do ambiente social, como as más condições de moradia, o meio de trabalho, a falta de acesso à educação, à cultura e ao lazer como importantes fatores geradores de sofrimento físico e psíquico dos indivíduos.

Na sociologia, Durkheim (1977) é o precursor na investigação da influência social na vida dos sujeitos, quando relatou o aumento das taxas de suicídio entre os indivíduos vulneráveis e socialmente isolados. Assim como exposto no trabalho de Rodrigues (2009), Durkheim utilizou a estatística como forma de relacionar os diferentes sistemas das representações coletivas com as motivações para o suicídio, evidenciando, como traços comuns, diversas causas - a miséria, o desemprego, a prostituição e a injustiça - as quais representam fenômenos sociais que sustentavam o propósito pessoal para retirar sua própria vida. Dessa forma, as relações interpessoais são fundamentais e ontológicas, pois fundam o sujeito humano a partir da ação de outros sujeitos. Griep, Chror, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) destaca que:

As relações interpessoais sejam duradouras ou breves, íntimas ou superficiais podem influenciar significativamente na definição da personalidade e na evolução da vida dos indivíduos. Essas relações não são somente uma questão de escolha individual. Forças sociais complexas interagem, determinando as condições para que os indivíduos e famílias vivam em determinado lugar e se relacionem com grupos específicos (p. 10).

Na década de 1970, Cassel (1974) apontou, por meio de estudos epidemiológicos, a relação entre o ambiente psicossocial e a saúde, sugerindo que o rompimento das ligações sociais prejudicava o sistema de defesa do organismo, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças em geral. Desde então, os estudos indicam que o apoio social pode estar relacionado à etiologia, ao curso e à recuperação de indivíduos, tanto com doenças físicas, como com doenças psíquicas (transtornos mentais) (Cobb, 1976; Sherbourne & Stewart, 1991).

O apoio social é um construto multidimensional definido de diversas formas pelos autores. De acordo com Cobb (1976), o apoio social é um conjunto de fatores que orienta o sujeito a acreditar que é apreciado, que tem valor e que dá um sentimento de pertencimento a



uma rede de suporte. Griep et al. (2005) aponta o apoio social como uma fonte de recursos postos à disposição por outras pessoas em situação de necessidade, sendo um suporte prático dado pela família, pelos parceiros e pelos amigos por meio de afeto, companhia, assistência e de informação, fazendo com que o indivíduo se sinta valorizado, estimado e seguro. Alvarenga, Palma, Silva e Dazzani (2013) diferencia o conceito de rede de apoio social e de apoio social, apontado a rede como uma estrutura social por meio da qual o apoio é fornecido, evidenciando o processo dinâmico e complexo que consiste na provisão de suporte social e como o indivíduo percebe os cuidados e amparos provenientes desses contatos.

A avaliação de apoio social nas pesquisas é realizada por meio de diferentes instrumentos. No contexto nacional, Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) investigaram como o apoio social tem sido avaliado nas pesquisas brasileiras. De acordo com seus resultados, a maior parte dos estudos utilizou a Escala de Apoio Social de MOS (45%), adaptada na versão brasileira pelo Estudo Pró Saúde, seguida pelo “Questionário de Apoio Social de Saranson” (15%), pela “Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids” (10%) e, por último, pela “Medida de rede social do Estudo Pró-Saúde” (10%).

Verificaram-se outros resultados interessantes nesse estudo de revisão, os quais apontam um crescimento do número de pesquisas brasileiras que avaliam o apoio social, aplicado em diferentes contextos, como em situações de doença, crise desenvolvimental e de vulnerabilidade física e/ou social, revelando a importância do apoio social para a promoção da saúde. Além disso, os autores também constataram a predominância do uso de técnicas de entrevistas e de questionários para avaliar, sobretudo, o apoio social recebido e percebido.

Em nossa pesquisa, a avaliação do apoio social se realizou por meio da Escala de Apoio Social de MOS (*Medical Outcomes Study*), originalmente desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) e traduzida e validada por Griep et al. (2005). Esse instrumento privilegia a identificação e a avaliação de aspectos funcionais dos relacionamentos por meio de indicadores mais abrangentes que não se focam na mensuração da quantidade de pessoas provenientes da rede de apoio social, e, sim, pela percepção do respondente com relação a seu apoio. Dessa forma, dividiu-se a escala em 5 dimensões diferentes de apoio - apoio afetivo, apoio emocional, apoio material, apoio de informação e apoio de interação social positiva. Essas dimensões serão descritas nos capítulos posteriores.

Diante disso, entende-se o apoio social como um construto complexo e polissêmico que engloba diferentes modos de como esse apoio pode ser percebido, seja por meio de elogios e

de verbalizações de incentivo e carinho provenientes de outras **pessoas**; por meio de demonstrações físicas de cuidado; provisão de recursos materiais e de informação os quais favorece a solução de um determinado problema; expressão de empatia, interesse e escuta; e, no geral, a promoção de situações que envolvem confiança mútua que impulsiona a estabilidade social, a seguridade e a autoestima (Alvarenga et al., 2013; Wardini, 2013; Barbosa, 2008).

As discussões provenientes dos impactos dos recursos psicossociais na saúde dos indivíduos descrevem dois modelos explicativos. O apoio social como efeito “tamponador” ou *buffering*, que diz respeito ao efeito protetor para as influências potencialmente patogênicas resultantes de eventos estressantes, e o apoio social como efeito direto ou *maineffect*, que independe de uma situação estressante, sugerindo que as pessoas se beneficiam dos recursos sociais mesmo quando não vivenciam um contexto desfavorável, fazendo com que o indivíduo obtenha experiências positivas, proporcionando a manutenção de sua saúde e bem-estar, e evitando experiências negativas que podem aumentar sua susceptibilidade a doenças (Cohen & Wills, 1985). De acordo com Castro, Campero e Hernandez (1997), ambos os modelos consideram as dimensões de apoio social tanto como fatores precedentes e simultâneos, como fatores mediadores de efeito na relação entre os eventos estressantes e a doença.

Nesse sentido, o apoio social reforça a sensação de controle sobre a própria vida dos indivíduos, tal que seu efeito acaba sendo positivo e abranda possíveis efeitos nocivos. Nota-se essa diferença principalmente em populações vulneráveis, seja por seus aspectos econômicos desfavoráveis, como por situações de intenso sofrimento - o luto, ou períodos de transição, como no ciclo gravídico-puerperal das mulheres. Além do crescente número de pesquisas que abordam a relação entre apoio social e saúde mental, Rodrigues e Madeira (2009) constataram que, nos últimos anos, também têm sido desenvolvidos estudos que investigam especificamente a associação existente entre apoio social e desfechos relacionados à saúde psíquica materna (Cardoso & Vivian, 2017; Carvalho & Moraes, 2014; Rapoport & Piccinini, 2006).

A mulher, principalmente mãe, enquadra-se nesse grupo vulnerável, pois, além de fazer parte de uma parcela da população que sofre pela desigualdade de gênero e pela desigualdade social, carrega todo o peso e estigma do exercício da maternidade e dos direitos reprodutivos, sendo este último foco de muitas disputas nos âmbitos políticos, religiosos e econômicos (Mattar & Diniz, 2012). A partir dessas considerações, os estudos sobre o apoio social nessa população são fundamentais, uma vez que a maternidade compreende a fase da vida dela que mais pode gerar sofrimento psíquico, transtornos mentais e impactos no desenvolvimento infantil.

## 2.2 Saúde mental das mulheres na maternidade

A saúde mental materna, durante as últimas décadas, vem sendo estudada por muitos pesquisadores da área da saúde (Guardino, Hobel, Shalowitz, Ramey & Schetter, 2018; Goldstein, Rogers & Ehrental, 2016; Prates, Schmalfuss & Lipsinski, 2015; Airosa & Silva, 2013; Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012; Hussain et al., 2011; Gao, Chan & Mao, 2009). Esse tema tem sido foco de preocupação não só pelo estado psicológico a que essas mulheres, puérperas, estão vulneráveis, mas, também, pelos efeitos que podem provocar no desenvolvimento infantil. Desse modo, existe uma necessidade de os serviços de saúde considerarem o binômio mãe-filho/a, implementando ações que visem a preservar e a cuidar da saúde mental materna.

De acordo com Luchesse, Sousa, Bonfin, Vera e Santana (2014), a prevalência dos transtornos mentais comuns, caracterizados pelo sofrimento mental não psicótico cujos sintomas frequentemente aparecem na forma de irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e de depressão, na população brasileira, oscila entre 28,7% e 50%, atingindo especificamente os idosos e o gênero feminino. Segundo Lopes, Faerstein e Chor (2003), a prevalência de transtornos mentais não psicóticos em populações ocidentais varia de 7% a 26%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%).

Steel et al. (2014) realizaram uma meta-análise que avaliou 174 publicações entre os anos de 1980 a 2013, incluindo 63 países com diferentes níveis socioeconômicos. A prevalência para transtornos mentais comuns em adultos foi de 17,6%; entre as mulheres, essa prevalência foi de 19,7%. Os resultados também indicaram que, independentemente do grau de desenvolvimento dos países, as mulheres apresentaram a maior prevalência de transtornos de humor e de ansiedade do que os homens.

Senicato, Azevedo e Barros (2018) demonstraram que a maior vulnerabilidade feminina aos transtornos mentais comuns se deve a inúmeros fatores de etiologia orgânica e física, como as diferenças no sistema endócrino das mulheres decorrentes dos diferentes ciclos reprodutivos - período menstrual, gestação, pós-parto e menopausa - como também a fatores sociais, relacionados às desigualdades de gênero, à sobrecarga de trabalho doméstico, às altas taxas de violência contra as mulheres e a condições socioeconômicas desfavoráveis.

Além do que essas pesquisas indicam, uma das razões que determina taxas elevadas de sintomas depressivos e de ansiedade nessas mulheres é o fato de serem mães. Devido aos

eventos estressores relacionados à criação de filhos, à falta de uma rede de apoio social e à baixa renda implicam uma abdicação com relação ao próprio cuidado e à satisfação profissional e pessoal para se dedicar ao próximo, culminando em quadros de consternação, ansiedade, frustração, angústias, adoecimento e a ocorrência de transtornos mentais (Kerber, Falceto & Fernandes, 2011; Falceto, Fernandes, Baratojo & Giugliani, 2008; Araújo, Pinho & Almeida, 2005).

A partir dessa perspectiva, pode-se pensar que a maternidade implica grandes desafios e motivos de preocupação, tanto do ponto de vista físico como psicológico, pois depreendem grandes esforços por parte das mulheres. Assim como corrobora Cantilino, Zambaldi, Sougey e Rennó (2009), dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos.

Portanto, nessa perspectiva, existe uma preocupação com a saúde física e mental da puérpera. As etiologias dos transtornos psiquiátricos do puerpério estão ligadas tanto a fatores biológicos, hereditários e alterações típicas dessa fase - mudanças bruscas nos níveis hormonais -, como às mudanças psicológicas e sociais. De acordo com Folino (2008), os fatores mais consistentes associados aos transtornos do puerpério são: episódios passados de depressão, condições socioeconômicas precárias, não aceitação da gravidez, falta de suporte social e a qualidade do funcionamento do casal.

Cantilino et al. (2009) demonstraram que os transtornos psiquiátricos mais comuns no pós-parto são a disforia puerperal ou *baby blues*, depressão pós-parto (DPP), psicose pós-parto e, atualmente, os transtornos ansiosos no pós-parto (os transtornos de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico e transtorno do estresse pós-traumático). Dentre esses transtornos, a prevalência maior na população brasileira é a DPP, e a menor, atingindo apenas 0,1% a 0,2% das puérperas, é a psicose pós-parto, estado considerado mais severo dentre os transtornos psiquiátricos do pós-parto.

A disforia puerperal ou *baby blues* pode ser considerada por muitos profissionais da área da saúde como patologia, no entanto, já se sabe que, tanto para médicos, como psicanalistas, sua compreensão é distinta. Tal condição se assemelha ao estado de depressividade, a qual Klein (1940) caracteriza por meio da posição depressiva. Winnicott (1956) também associa esse momento à preocupação materna primária. Tal ocorrência provém de um estado benigno e transitório que aparece na maioria das mulheres que acabaram de ter um bebê, conforme esclarecem Szejer e Stewart (1997):

É um estado de fragilidade e de hipermotividade em que a mulher explode em lágrimas, chora meia hora e, logo depois, nem pensa mais nisso, apresenta um humor próximo do normal, e volta a chorar algumas horas mais tarde por um pequeno detalhe sem importância. Os sintomas de choro, tristeza são intermitentes e, em geral, acompanhados de uma falta de confiança em si, de um sentimento de incapacidade. A primípara tem a impressão que jamais poderá assumir o seu papel de mãe. A que já tem filhos e que sabe que pode ser mãe pensa que, com mais um, ela não vai conseguir (p. 298).

Já os casos de depressão pós-parto e de depressão materna, são definidos como episódios de depressão maior que acometem as mulheres, respectivamente, nas quatro primeiras semanas após o nascimento e durante o primeiro ano de vida do bebê. O sentimento de ambivalência acerca do nascimento do bebê gera, nas mães, uma forte insegurança e um sentimento de opressão pela responsabilidade de cuidar dos filhos.

Green (1988) caracteriza a mãe deprimida como aquela incapaz de ser disponível afetivamente com seu filho. O autor descreve a mulher como fisicamente presente, mas psiquicamente ausente diante das condições de seu bebê. Em alguns casos, é possível que a mãe consiga realizar alguns cuidados como alimentação, banho e troca de fraldas, entretanto, ela se mostra pouco conectada com as necessidades afetivas da criança e se sente impotente diante da tarefa de continência materna. Em muitas pesquisas, é frequente o relato de mães depressivas que possuem uma percepção muito pejorativa com relação ao cuidado que despense com o bebê. Além disso, elas relatam uma forte autocrítica, insatisfação e culpa provenientes desse estado (Cardoso & Vivian, 2017; De Brito & Faro, 2016; Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias & Rolim, 2009).

Nesse sentido, pensar sobre as condições psíquicas maternas se torna importante para a intervenção visando à minimização dos possíveis danos causados por sua depressividade e ansiedade, tanto para a mãe como para seu bebê. Além dessas considerações, também se faz necessário compreender em quais condições ambientais e contextuais essas mães estão inseridas, e que fatores psicossociais atuam no processo de saúde-doença dessas mulheres.

### **2.3 Apoio social e saúde mental materna**

Wardini (2013) esclarece que, embora o ciclo gravídico-puerperal seja um evento biologicamente natural, ele evidencia uma transição especial na vida mulher, acarretando sentimentos e sensações, inseguranças e vulnerabilidades. Tais mudanças se somam às crescentes responsabilidades, medos e dúvidas impostas pela chegada de um filho à família.

Dessa forma, as mulheres necessitam de um vínculo de suporte e confiança que assegure e a auxilie a enfrentar as dificuldades inerentes a esse período.

No decorrer da gestação - parto e puerpério - a mãe desenvolve um estado de sensibilidade que a torna apta a compreender as necessidades de seu filho, e, assim, a exercer o cuidado materno. No entanto, garante-se a qualidade desse cuidado por meio do ambiente propiciado a essa mãe. Isso significa dizer que a maternidade vivida de modo saudável, seguro e prazeroso depende muito de um contexto que também atenda as necessidades dessa mãe. De acordo com Simioni e Geib (2008), essa função protetora que garante essas condições à mãe é, inicialmente, dada pelos familiares, vizinhos, amigos e pelas instituições educacionais e de saúde; e é esse tipo de proteção que caracteriza o apoio social.

A disponibilidade de apoio social facilita uma maternagem responsiva, especialmente em condições de adversidade e de estresse, sendo capaz de reduzir diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como visto anteriormente. Além disso, o apoio social dado às mães reflete em sua relação com o filho, sendo associado a indicadores de cuidados adequados, promovendo uma interação cooperativa e competências cognitivas (Morais et al., 2017; Martins et al., 2009). Na pesquisa de Morgado, Werneck e Hasselmann (2013), a alta percepção de apoio social materno também se relacionou às maiores chances de aleitamento exclusivo por um período maior, acarretando inúmeros benefícios para díade mãe-bebê.

Jesus, Jucá e Barbosa et al. (2014) também demonstraram a importância fundamental da rede de suporte social em mães com sofrimento psíquico grave que tivessem histórico de internações ou de acompanhamento em CAPS, e como isso influenciou positiva e significativamente na manutenção do laço com seus filhos. Essas redes, quando estiveram mais presentes e articuladas, possibilitaram com que essas mulheres tivessem a função materna preservada a despeito do estigma de loucura decorrente dos transtornos mentais graves.

A maioria dos trabalhos que pesquisou a relação entre depressão materna e variáveis que dizem respeito ao apoio social constatou que a falta de apoio do parceiro, de familiares e de amigos é um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto (Romagnolo, Da Costa, De Souza, Somera & Gomes, 2017; Maranhão, Gomes & Silva, 2014; Ruzzi-Pereira & Santos, 2012).

Diante disso, a continuidade desses estudos é fundamental para uma melhor compreensão do apoio social como fator de proteção à saúde mental materna, justificando os propósitos desta pesquisa. Na literatura, constatou-se que o estudo da associação do apoio social

com as dimensões que dizem respeito a saúde mental materna, como ansiedade, depressividade e estresse materno, e os aspectos sóciodemográfico conforme se fez neste trabalho ainda é escasso. O apoio social, diferentemente das pesquisas encontradas, é trabalhado neste estudo como principal variável. A maior parte dos estudos articula algumas dimensões do apoio social à DPP, fazendo com que haja uma lacuna na literatura no que diz respeito à consideração do apoio social, de maneira mais ampla em suas dimensões, e os transtornos mentais maternos vistos não apenas sob o foco da depressão puerperal.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Objetivo geral do presente estudo é identificar as correlações entre apoio social e saúde mental materna.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a associação entre o apoio social materno e as características sócio-demográficas;
- b) Estimar a associação entre o apoio social materno e o transtorno mental comum;
- c) Estimar a associação entre apoio social materno e o estresse.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento da pesquisa

Neste estudo, propõe-se um delineamento descritivo transversal, a fim de pesquisar as associações entre o apoio social materno e condições de saúde mental materna. Participaram desta pesquisa 75 famílias usuárias de serviços de saúde e de educação, as quais residem em quatro municípios do Estado de São Paulo: São Paulo, Guarulhos, Ribeirão Preto e São Carlos.

Os dados do presente estudo são resultados de uma pesquisa maior denominada *Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA): caracterização do vínculo e avaliação de um modelo piloto de intervenção* (auxílio à pesquisa FAPESP nº 13/25332-6). Tal pesquisa se iniciou em 2013, e a coleta de dados se realizou no período de 2014 a 2016. Para esta pesquisa, utilizar-se-ão apenas parte dos dados produzidos na pesquisa maior, referente às mães que compuseram o grupo controle daquela pesquisa, ou seja, mulheres cujos filhos não foram diagnosticados com TEA.

### 4.2 Dimensões de Investigação

- a) Eventuais fatores de risco das condições de saúde mental materna
  - Características sócio-demográficas: idade da mãe, número de filhos, escolaridade materna e paterna, ocupação materna e paterna, renda materna e paterna;
  - Apoio Social Materno: avaliado pela Escala de Apoio Social da *Medical Outcomes Study* (MOS).
- b) Saúde Mental Materna
  - Transtorno Mental Comum Materno: avaliado pelo *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20);
  - Estresse Materno: avaliado pela Escala de Estresse Percebido (PSS-14).

### 4.3 Participantes

A amostra de participantes deste estudo foi constitui-se de 75 mulheres (entre 20 e 53 anos de idade) e por seus bebês (entre 2 e 26 meses de idade). Selecionaram-se as famílias por

meio das Unidades Básicas de Saúde dos municípios de São Paulo, Guarulhos, Ribeirão Preto e de São Carlos, como do Hospital Universitário, das Creches e das Pré-Escolas da Divisão de Creches da Universidade de São Paulo.

Definiram-se os critérios para participação conforme o pareamento do grupo caso da pesquisa maior: famílias compostas de, ao menos, dois filho(a)s, sendo um deles com idade de até 26 meses, sexo do bebê, idade do bebê, escolaridade materna e município de residência, tendo em vista a importância dessas variáveis para o desenvolvimento infantil já descritas na literatura (Moura et al., 2010). Adotaram-se como critérios de exclusão as famílias em que, ao menos um dos filhos participantes da pesquisa fosse adotado (bebê ou criança mais velha), devido à relevância dos aspectos genéticos do TEA (referente à pesquisa maior); e as famílias cujos bebês tivessem sido diagnosticados com alguma síndrome ou problema congênito grave, devido a seu impacto no desenvolvimento global da criança.

Para ampliar o grupo controle da pesquisa maior (amostra investigada desta pesquisa), selecionaram-se famílias no Hospital Universitário e na Creche da USP cujas características pareassem com os sujeitos do grupo caso da pesquisa maior. Uma vez que, nos CAPSis, a população usuária tem maior escolaridade do que nas UBSs, fez-se necessário buscar, na comunidade em geral, famílias que pareassem com aquelas que possuíam nível superior completo.

#### **4.4 Instrumentos de Avaliação e Treinamento**

O roteiro de perguntas sobre as características das famílias e os instrumentos de avaliação estão no Questionário 1 (Apêndice A), utilizados pelas pesquisadoras na avaliação das famílias.

Durante o ano de 2013, treinaram-se todos os membros do grupo de pesquisa. O treinamento incluiu a realização de uma série de avaliações-pilotos, o que permitiu ajustes nos questionários, bem como na forma de aplicação propriamente dita. O treinamento foi importante, também, para garantir a confiabilidade entre os diferentes aplicadores.

##### **4.4.1 Escala de Apoio Social do *Outcomes Medical Study* (MOS-SSS)**

A Escala de Apoio Social mensura a percepção do indivíduo com relação aos recursos postos a sua disposição por outras pessoas em situações de necessidade, por meio da percepção

individual do grau em que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (apoio emocional, material e afetivo). Sherbourne e Stewart (1991) construíram a Escala de Apoio Social para o *Medical Outcomes Study* (MOS), e Griep et al. (2005), em seu estudo Pró-Saúde, adaptaram-na para a população brasileira.

O estudo original americano se baseou em uma pesquisa longitudinal, realizada em pacientes com doenças crônicas como: hipertensão, diabetes, doenças coronárias e depressão. A amostra contou com 2.987 adultos usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e em Los Angeles. A criação da escala, de acordo com os estudos de Sherbourne e Stewart (1991), justificou-se pela carência de instrumentos de medidas de vínculos sociais que fossem mais abrangentes e multidimensionais, e não restritos a medidas de funcionamento familiar e conjugal, ou dados quantitativos que dizem respeito a número de amigos, de pessoas com quem possam contar, e atividades sociais engajadas (participação em grupos religiosos, esportivos, comunitários etc.), que até então eram predominantes nos constructos dos instrumentos relativos ao apoio social.

Dessa forma, esse instrumento privilegia a identificação e a avaliação de aspectos funcionais dos relacionamentos, por meio do desenvolvimento de indicadores mais abrangentes (Griep et al., 2005). A escala possui cinco dimensões de apoio social (material; afetivo; emocional; informação; interação social positiva), subdivididas em um total de 19 questões, com opções de resposta que variam de 1 a 5, sendo: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre.

Essa escala não tem um ponto de corte previamente estabelecido. Para obtenção do resultado, a soma dos itens de cada uma das dimensões deve ser dividida pela pontuação máxima da respectiva dimensão e, depois, multiplicada por cem. Quanto mais próximo de cem for a pontuação final da escala, melhor é a percepção que o indivíduo respondente tem de seu apoio social (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001).

A dimensão de **apoio social material** apresenta 4 perguntas - *Se você precisar, com que frequência conta com alguém...* - 1. *Que a ajude, se ficar na cama?*; 2. *Para levá-la ao médico?*; 3. *Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?*; 4. *Para preparar suas refeições, se não puder prepará-las?*. Essa dimensão diz respeito a pessoas com quem o indivíduo possa contar. No sentido geral, relaciona-se à disponibilidade e à provisão de recursos práticos e ajuda material.

A dimensão de **apoio social emocional** possui 4 perguntas- *Se você precisar, com que frequência conta com alguém...* - 1. *Para ouvi-la, se precisar falar?*; 2. *Em quem confiar ou para falar de vocês e sobre seus problemas?*; 3. *Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?*; 4. *Que compreenda seus problemas?*. Essa dimensão assimila a expressão de afetos positivos, de compreensão e de sentimentos de confiança. Além disso, a dimensão de apoio social emocional expõe pessoas com quem o indivíduo possa desabafar. A partir do relato dos participantes, Chor et al. (2001), revelam que o sentimento de confiança está muito ligado ao conceito de intimidade, no sentido de sentir-se à vontade para falar abertamente sobre seus problemas.

A dimensão de **apoio social de informação** estabelece 4 perguntas - *Se você precisar, com que frequência conta com alguém...* - 1. *Para dar bons conselhos em situação de crise?*; 2. *Para dar informação que o ajude a entender determinada situação?*; 3. *De quem você realmente quer conselhos?*; 4. *Para dar sugestões de como lidar com problema pessoal?*. Essa dimensão avalia a disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações, e muitas vezes na busca de resoluções de problemas baseados na reciprocidade de confiança.

A dimensão de **apoio social afetivo** possui 3 perguntas - *Se você precisar, com que frequência conta com alguém...* - 1. *Que demonstre amor e afeto por você?*; 2. *Que lhe dê um abraço?*; 3. *Que você ame e que faça você se sentir querido?*. Essa dimensão diz respeito as demonstrações físicas de amor e afeto, mas também a disposição de pessoas na rede social do indivíduo que perceba preocupação com o seu bem-estar, que é apreciado, amado e lembrado.

A dimensão de **apoio social para interação positiva** propõe 4 perguntas - *Se você precisar, com que frequência conta com alguém...* - 1. *Para se divertir junto?*; 2. *Com quem relaxar?*; 3. *Com quem distrair a cabeça?*; 4. *Com quem fazer coisas agradáveis?*. Essa dimensão avalia a disponibilidade de pessoas para se divertir, relaxar, distrair-se e para compartilhar momentos agradáveis.

A Escala de Apoio Social na versão brasileira se realizou, inicialmente, por meio dos estudos de Chor et al. (2001) em uma pesquisa de coorte do Pró-Saúde com o objetivo de traduzi-la para o português. A amostra contou com 4.030 funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro. Nessa publicação, descreveu-se o processo de tradução/retrotradução utilizado como etapas iniciais para a adaptação do instrumento de apoio social. No estudo-piloto, obtiveram-se bons resultados, consistência interna com coeficientes Alpha de Cronbach elevados.

A partir do processo de avaliação da adaptação para o português do instrumento de apoio social, Griep (2003) realizou uma pesquisa com o objetivo de avaliar a confiabilidade do instrumento utilizando uma amostra de 192 participantes. As dimensões de apoio social apresentaram consistência interna variando entre 0,75 e 0,91 no teste e, entre 0,86 e 0,93, no reteste. A partir desses resultados, considerou-se a confiabilidade do instrumento adequada, permitindo seu uso em estudos de associação entre apoio social e desfechos relacionados à saúde.

Complementando o processo de adaptação entre a versão original e a versão adaptada em português, a pesquisa de Griep et al. (2005) explora aspectos da validade de constructo da escala de apoio social investigando as relações entre as dimensões do instrumento e outros conceitos. A partir da análise fatorial, neste estudo, foi possível discriminar três dimensões de apoio: interação social positiva/ apoio afetivo; apoio emocional/de informação; e apoio material. Diferentemente dos estudos de Sherbourne e Stewart (1991), em que foram encontradas quatro dimensões, sendo que as únicas dimensões aglutinadas em um bloco só foram o apoio emocional e o apoio de informação.

Esses mesmos resultados da pesquisa americana original também foram encontrados nos estudos brasileiros de Zanini, Verolla-Moura e Queiroz (2009), aplicados em uma amostra de 129 estudantes universitários. Com isso, esses autores identificaram quatro dimensões de apoio: apoio emocional/ de informação; apoio de interação social positiva, apoio material; e apoio afetivo.

As discussões sobre as evidências empíricas da multidimensionalidade da escala de apoio social também foram realizadas por Mattos (2009), como parte da continuidade da avaliação das propriedades psicométricas da escala de apoio social no Estudo Pró-Saúde. Dentre os inúmeros testes realizados, o modelo com cinco dimensões apresentou solução imprópria, pois dois deles possuíram baixo valor discriminativos se comparados; são eles as dimensões de apoio de informação e apoio emocional, podendo ter uma melhor adequação no uso do modelo de quatro dimensões, agregando ambos os fatores em um só. Tal constatação também se verificou nos estudos originais de Sherbourne e Stewart (1991). A partir dos resultados da pesquisa de Mattos (2009), confirma-se a estrutura multidimensional do instrumento, tendo como parâmetro o pior resultado, o modelo com apenas um fator, isto é, quando todas as dimensões são aglutinadas em uma única dimensão.

Griep et al. (2005) também discutem o caráter multidimensional da escala de apoio social. De acordo com as autoras, a possibilidade de ocorrer a integração entre duas ou mais

dimensões formando uma única nessa escala representa a forte correlação das dimensões que dizem respeito a um mesmo constructo (apoio social). No entanto, as autoras apresentam diversas pesquisas nas quais se verificou a independência entre as dimensões. Para Sherbourne e Stewart (1991), o caráter multidimensional da escala de apoio social reside na importância discriminativa dos diferentes tipos de apoio e em seus diversos desfechos em saúde.

A respeito das normas e do ponto de corte para a escala de apoio social na população brasileira, apesar de o estudo original americano não ter estabelecido tais parâmetros classificando para cada dimensão categorias de intensidade de apoio, recentemente Zanini, Peixoto e Nakano (2018) publicaram pesquisa com esse intuito.

Contudo, a presente pesquisa não considerou os parâmetros definidos por Zanini et al. (2018). Priorizou-se, neste estudo, a investigação do apoio social a partir do escore total de cada participante e suas respectivas dimensões associadas aos desfechos de saúde mental das mães, tais como os Transtornos Mentais Comuns e a percepção de estresse delas.

A escolha da Escala Social de Apoio (MOSS-SSS) se deve aos resultados adequados nas pesquisas de tradução, validação, confiabilidade e dimensionalidade sobre suas propriedades psicométricas apresentadas acima, bem como à facilidade de aplicação. Ela demanda um período curto para resposta do questionário e é de simples compreensão por parte dos respondentes. A escolha dessa escala também se justifica pelos objetivos desta pesquisa, que é testar hipóteses de associação entre apoio social a diversos desfechos relacionados à saúde, conforme preconizam Sherbourne e Stewart (1991).

#### **4.4.2 Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)**

O SRQ-20 é um instrumento de triagem, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que permite identificar problemas de saúde mental em adultos, especialmente em países em desenvolvimento. Embora o SRQ-20 não seja equivalente ou substitua o diagnóstico clínico, ele auxilia na identificação de transtornos mentais comuns/frequentes (TCMs) encontrados na comunidade e nos serviços de atenção primária. Na década de 90, considerou-se o SRQ-20 o instrumento de triagem de morbidade psíquica mais utilizado nos estudos brasileiros.

A atual versão, composta por 20 questões de tipo Sim/Não se desenvolveu para detectar sintomas de depressão, ansiedade e de transtornos mentais com queixas somáticas. As questões

se referem a dores e a problemas que possam ter incomodado o respondente nos últimos 30 dias.

Os cuidadores informantes responderam ao *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), com validade e confiabilidade para a população brasileira (Mari & Williams, 1986), com ponto de corte 7/8 para presença de transtornos mentais comuns.

#### 4.4.3 Escala de Estresse Percebido (PSS)

A Escala de Estresse Percebido (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) se propõe a avaliar o grau em que um indivíduo aprecia suas situações de vida como estressantes. Luft, Sanches, Mazo e Andrade (2007) traduziram e validaram a versão brasileira.

A versão completa compõe-se de 14 questões relativas à frequência com que pensamentos e sentimentos podem ter ocorrido ao respondente no último mês, com opções de resposta que variam de 0 a 4, sendo: 0 = nunca; 1 = quase.

O escore total da escala é a soma das pontuações dessas 14 questões, podendo variar de 0 a 56, sendo que os autores da escala não recomendam seu enquadramento em categorias prévias por considerarem que o estresse percebido é uma variável contínua e que deve ser analisado como tal.

A seguir, quadro-síntese dos instrumentos com os objetivos da utilização e a determinação dos sujeitos de cada um deles no contexto deste estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos objetivos e sujeitos dos instrumentos utilizados na pesquisa

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo no contexto do estudo</b>	<b>A quem se aplica</b>
<b>Escala de Suporte Social (EAS)</b>	– Mensurar a percepção da mãe com relação aos recursos postos a sua disposição por outras pessoas em situações de necessidade	– à mãe
<b>Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)</b>	– Identificar transtornos mentais comuns nas mães	– à mãe
<b>Escala de Estresse Percebido (PSS)</b>	– Avaliar o grau em que a mãe aprecia suas situações de vida como estressantes	– à mãe

## 4.5 Procedimentos

### 4.5.1 Coleta de dados

Após apresentação da pesquisa, as avaliadoras convidaram a mãe do bebê a participar da pesquisa. Em caso de concordância por parte da mãe, agendou-se um primeiro encontro para a aplicação do Questionário 1 (Apêndice A) no próprio serviço de saúde, em uma sala reservada, em data e horário previamente estabelecidos. Nos casos em que isso não era possível (por questões do serviço ou da família). O Questionário 1 (Q1) foi aplicado na residência das próprias famílias.

Após a leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE, o avaliador aplicou o Q1, com duração aproximada de 1h15m. O Q1 se constitui de uma parte inicial de dados referentes ao perfil da família e de perguntas a respeito dos estados emocionais do cuidador-informante e da percepção de apoio social. Para respondê-lo, era suficiente a presença da mãe, mas, na maioria dos casos, esta estava acompanhada do bebê. Nessa ocasião, além da Escala de Apoio Social (EAS), o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e a Escala de Estresse Percebido (PSS), instrumentos utilizados nesta pesquisa, aplicou-se, também, a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), instrumento utilizado na pesquisa maior para o grupo caso. Um resumo dos procedimentos de coleta de dados pode ser verificado no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 – Síntese dos procedimentos de avaliação das famílias

	<b>Avaliação 1</b>
<b>Local de aplicação</b>	Preferencialmente no serviço de saúde
<b>Sujeitos presentes</b>	Mãe
<b>Instrumentos de Avaliação</b>	<p><b>Questionário 1 composto de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Perfil sóciodemográfico da família</li> <li>– Self Report Questionnaire (SRQ-20)*</li> <li>– Escala de estresse Percebido (PSS)*</li> <li>– Escala de Apoio Social (EAS)*</li> <li>– CARS</li> </ul>
<b>Avaliadora</b>	Avaliadora 1

\* Instrumentos avaliativos utilizados nesta pesquisa



#### 4.5.2 Análise de dados

A análise de dados deste estudo se realizou por meio do programa SPSS e Excel a partir da utilização do banco de dados Stata, e apresentadas em gráficos e em tabelas de correlação, frequência, média e desvio-padrão. Visando aos objetivos da pesquisa, dividiram-se as análises em **três etapas**.

A **primeira etapa** diz respeito à caracterização da amostra de participantes, em sua frequência e porcentagem a partir das variáveis sócio-demográficas coletadas (região, idade materna, número de filhos, escolaridade materna e paterna, ocupação materna e paterna, renda materna e paterna). Posteriormente, sendo a amostra composta de diferentes municípios do Estado de São Paulo, fez-se necessária a análise de desses dados para se certificar da homogeneidade das participantes, a fim de trabalhar a amostra em sua totalidade.

Dessa forma, tanto as variáveis sócio-demográficas (idade, número de filhos, escolaridade materna e paterna, ocupação materna e paterna, e renda materna e paterna), como as características de interesse maternas (apoio social, transtornos mentais comuns e estresse) foram comparadas por região. Utilizou-se o teste qui quadrado para verificação da associação entre as regiões e a ocupação materna e paterna, e as demais variáveis sócio-demográficas, assim como as características de interesse maternas (apoio social, transtorno mental comum e estresse) foi feito o teste Kruskal-Wallis.

Na **segunda etapa** de análise, com o propósito de verificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e o apoio materno, realizaram-se correlações de Spearman e ANOVA utilizando as variáveis sociodemográficas como variáveis categóricas e ordinais, e o apoio social como variável contínua.

A **terceira etapa** consiste na apresentação das características de apoio social e suas dimensões, e as características do transtorno mental comum e estresse na amostra de mães. Para isso, elaboraram-se gráficos de distribuição da amostra a partir das respectivas pontuações nas escalas utilizadas, e tabelas com os dados da média, desvio padrão, e os valores mínimos e máximo das pontuações desses instrumentos avaliativos.

A **quarta etapa** de análise visa a estimar a associação entre o apoio social como preditor, e o transtorno mental comum materno como desfecho. Para isso, o apoio social foi utilizado tanto como uma variável contínua (através dos valores de escore total das mães), como uma variável categórica (utilizando as 5 dimensões de apoio). O transtorno mental comum

também foi utilizado da mesma forma, como variável contínua e como categórica (dividindo a amostra com presença ou ausência de TMC). Para este fim, foram realizadas comparações de médias, regressões lineares e múltiplas e teste T Student.

A **quinta etapa** de análise avalia a associação entre o apoio social como preditor, e o estresse materno como desfecho. Nessa análise, também se utilizou o apoio social como variável contínua e categórica, e o estresse como variável contínua (por meio dos valores de escore total das mães). Realizaram-se a correlação de Spearman e a regressão linear.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O desenvolvimento deste projeto se baseou nas diretrizes éticas propostas por Segre e Cohen (1999): a) garantir a competência do pesquisador na coleta de dados; b) traçar o delineamento do estudo com metodologia adequada e planejada, a fim de garantir a análise e a interpretação de resultados, contribuindo com menor margem de erro à investigação; c) obter o consentimento esclarecido dos responsáveis pelos participantes, permitindo o esclarecimento do objetivo do estudo, das condições do sigilo de sua identidade e da aceitação imediata de desligamento do estudo a qualquer momento, respeitando a tomada de decisão livre e espontânea.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do Processo n°. 21872613.4.0000.5561, devidamente inscrito na Plataforma Brasil. Em seguida, o projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética das instituições participantes.

Antes de iniciar a avaliação, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) às famílias participantes da pesquisa. Nesse momento, esclareceram-se objetivos do estudo e os procedimentos de coleta de dados às famílias, garantindo-lhes o sigilo de suas identidades e a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Análise descritiva da amostra

Do total de questionários analisados (n=75), constatou-se que a maior parte das mães reside no município de São Paulo (77,3%), está na faixa etária de 30 a 39 anos de idade (50,67%), tem 2 filhos (61,33%), ensino médio completo (36%), ocupação do lar (49,33%) e renda mensal de até 1 salário mínimo (60%). No que diz respeito aos dados de seus companheiros, a maior parte da população possui ensino médio completo (23,94%), trabalha (89,33%) e recebe renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (34,67%).

A escolaridade paterna se mensurou em apenas 71 famílias, pois 4 mulheres não souberam responder. Com relação à renda, considerou-se o valor do salário mínimo (R\$724,00 reais) (Decreto 8.166/2013) no ano da coleta em 2014 (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência de distribuição das variáveis sócio-demográficas relacionadas à amostra (n=75)

Variáveis		N	%
<b>Município</b>	São Paulo	58	77,33
	Guarulhos	9	12,00
	Ribeirão Preto	1	1,33
	São Carlos	7	9,33
	Total	75	100,00
<b>Idade</b>	De 20 a 29 anos	28	37,33
	De 30 a 39 anos	38	50,67
	De 40 a 49 anos	8	10,66
	De 50 em diante	1	1,33
	Total	75	100,00
<b>Número de Filhos</b>	2	46	61,33
	3	17	22,67
	4	5	6,67
	5	4	5,33
	6	3	4,00
	Total	75	100
<b>Escolaridade materna</b>	Fundamental incompleto	6	8,00
	Fundamental completo	7	9,33
	Médio incompleto	19	25,33
	Médio completo	27	36,00
	Superior incompleto	3	4,00
	Superior completo	13	17,33
	Total	75	100,00

<b>Escolaridade paterna</b>	Fundamental incompleto	15	21,13
	Fundamental completo	8	11,27
	Médio incompleto	16	22,53
	Médio completo	17	23,94
	Superior incompleto	3	4,22
	Superior completo	12	16,91
<b>Total</b>		71*	100,00
<b>Ocupação materna</b>	Trabalha	29	38,67
	Desempregada	6	8,00
	Do lar	37	49,33
	Outros	3	4,00
<b>Total</b>		75	100
<b>Ocupação paterna</b>	Trabalha	67	89,33
	Desempregado	5	6,67
	Do lar	0	0,00
	Outros	3	4,00
<b>Total</b>		75	100,00
<b>Renda materna</b>	Até R\$ 724,00	45	60,00
	Entre R\$725,00 e R\$1.448,00	19	25,33
	Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00	3	4,00
	Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00	0	0,00
	Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00	1	1,33
	Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00	2	2,67
	Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00	0	0,00
	Acima de R\$5.068,00	5	6,67
<b>Total</b>		75	100,00
<b>Renda paterna</b>	Até R\$ 724,00	15	20,00
	Entre R\$725,00 e R\$1.448,00	26	34,67
	Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00	20	26,67
	Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00	3	4,00
	Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00	2	2,67
	Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00	0	0,00
	Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00	2	2,67
	Acima de R\$5.068,00	7	9,33
<b>Total</b>		75	100,00

\*4 perdas, informante não soube responder

Uma vez que a amostra se compõe de diferentes municípios do Estado de São Paulo, fez-se necessária a análise de tais dados para se certificar da homogeneidade das participantes, com o intuito de trabalhar a amostra em sua totalidade. Para facilitar as análises estatísticas, aglutinaram-se os municípios de Ribeirão Preto e de São Carlos em uma única região, denominada de “Interior”, pois havia apenas uma participante da cidade de Ribeirão Preto.

Além disso, as duas cidades possuem similaridades pelo fato de serem do interior de São Paulo. Dessa forma, compararam-se, por região, tanto as variáveis sócio-demográficas (idade, número de filhos, escolaridade materna e paterna, ocupação materna e paterna, e renda materna e paterna), como as características de interesse maternas (apoio social, transtornos mentais comuns e estresse).

Das variáveis sócio-demográficas, não houve diferenças estatisticamente significativas quando comparadas por região, exceto as variáveis escolaridade paterna ( $p=0,022$ ) e a ocupação materna ( $p=0,007$ ). As diferenças de escolaridade paterna se devem, sobretudo, ao município de São Paulo, onde se concentram as escolaridades mais baixas comparadas às do Interior. principalmente o município de Guarulhos cuja escolaridade é superior às das demais cidades, com 55,5% de sua amostra com ensino médio completo. As diferenças entre ocupação materna nas regiões também podem ser explicadas analisando o município de Guarulhos, pelas frequências, é possível afirmar que há uma proporção de mães “do lar” maior nesta região, em que 8 das 9 mães possuem essa ocupação (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das variáveis sociodemográficas segundo regiões avaliadas e os resultados dos testes estatísticos (n=75)

Variáveis	Região			Total (n=75)	valor p
	São Paulo (n=58)	Guarulhos (n=9)	Interior (n=8)		
<b>Idade, n (%)</b>					
De 20 a 29 anos	22 (37,9)	3 (33,3)	3 (37,5)	28 (37,3)	0,241 <sup>1</sup>
De 30 a 39 anos	29 (50)	5 (55,5)	4 (50)	38 (50,6)	
De 40 a 49 anos	6 (10,3)	1 (11,1)	1 (12,5)	8 (10,6)	
De 50 em diante	1 (1,7)	0	0	1 (1,3)	
<b>Número de Filhos, n (%)</b>					
2	35 (60,3)	5 (55,5)	6 (75)	46 (61,3)	0,864 <sup>1</sup>
3	14 (24,1)	3 (33,3)	0	17 (22,6)	
4	4 (6,9)	0	1 (12,5)	5 (6,6)	
5	2 (3,4)	1 (11,1)	1 (12,5)	4 (5,3)	
6	3 (5,2)	0	0	3 (4)	
<b>Escolaridade materna, n (%)</b>					
Fundamental incompleto	5 (8,6)	0	1 (12,5)	6 (8)	0,140 <sup>1</sup>
Fundamental completo	6 (10,3)	1 (11,1)	0	7 (9,3)	
Médio incompleto	17 (29,3)	2 (22,2)	0	19 (25,3)	
Médio completo	21 (36,2)	3 (33,3)	3 (37,5)	27 (36)	
Superior incompleto	0	0	3 (37,5)	3 (4)	
Superior completo	9 (15,5)	3 (33,3)	1 (12,5)	13 (17,3)	

<b>Escolaridade paterna, n (%)</b>	<b>(n=54)</b>			<b>(n=71)</b>	
Fundamental incompleto	15 (27,8)	0	0	15 (21,1)	
Fundamental completo	7 (12,9)	0	1 (12,5)	8 (11,6)	
Médio incompleto	12 (22,2)	1 (11,1)	3 (37,5)	16 (22,4)	0,022 <sup>1*</sup>
Médio completo	11 (20,4)	5 (55,5)	1 (12,5)	17 (23,9)	
Superior incompleto	0	1 (11,1)	2 (25)	3 (4,1)	
Superior completo	9 (16,6)	2 (22,2)	1 (12,5)	12 (16,9)	
<b>Ocupação materna, n (%)</b>					
Trabalha	24 (41,4)	1 (11,1)	4 (50)	29 (38,6)	
Desempregada	6 (10,3)	0	0	6 (8)	0,007 <sup>2*</sup>
Do lar	27 (46,5)	8 (88,8)	2 (25)	37 (49,3)	
Outros	1 (1,7)	0	2 (25)	3 (4)	
<b>Ocupação paterna, n (%)</b>					
Trabalha	52 (89,6)	9 (100)	6 (75)	67 (89,3)	
Desempregado	3 (5,2)	0	2 (25)	5 (6,6)	0,198 <sup>2</sup>
Do lar	0	0	0	0	
Outros	3 (5,2)	0	0	3 (4)	
<b>Renda materna, n (%)</b>					
Até R\$724,00	33 (56,9)	8 (88,8)	4 (50)	45 (60)	
Entre R\$725,00 e R\$1.448,00	16 (27,6)	1 (11,1)	2 (25)	19 (25,3)	
Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00	2 (3,4)	0	1 (12,5)	3 (4)	
Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00	0	0	0	0	0,633 <sup>1</sup>
Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00	1 (1,7)	0	0	1 (1,3)	
Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00	2 (3,4)	0	0	2 (2,6)	
Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00	0	0	0	0	
Acima de R\$5.068,00	4 (6,9)	0	1 (12,5)	5 (6,6)	
<b>Renda paterna, n (%)</b>					
Até R\$724,00	11 (18,9)	1 (11,1)	3 (37,5)	15 (20)	
Entre R\$725,00 e R\$1.448,00	24 (41,4)	2 (22,2)	0	26 (34,6)	
Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00	13 (22,5)	4 (44,4)	3 (37,5)	20 (26,6)	
Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00	1 (1,7)	1 (11,1)	1 (12,5)	3 (4)	0,324 <sup>1</sup>
Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00	2 (3,4)	0	0	2 (2,6)	
Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00	0	0	0	0	
Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00	1 (1,7)	1 (11,1)	0	2 (2,6)	
Acima de R\$5.068,00	6 (10,3)	0	1 (12,5)	7 (9,3)	

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis e <sup>2</sup>Qui quadrado/ \*p <0,05

A partir da comparação dos resultados das características de interesse na amostra avaliados pelos instrumentos Escala de Apoio Social (EAS), *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e Escala de Estresse Percebido, não houve diferenças estatisticamente significativas segundo as regiões. Com relação ao apoio social, a maior média é da região de Guarulhos

(M=84,4), enquanto a menor média é do interior (M=73,4). A avaliação de Transtorno Mental Comum se verificou a partir do *Self Report Questionnaire*, e se constatou a maior média no interior (M=8,3), e a menor, na região de Guarulhos (M=6,0). Já o estresse materno se avaliou pela Escala de Estresse Percebido; novamente, a maior média se refere ao interior (M=28,6), e a menor, ao município de Guarulhos (M=23,7) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das características de interesse (EAS/SRQ/PSS) segundo regiões avaliadas e os resultados dos testes

Variáveis	Região			Total (n=75)	valor p
	São Paulo (n=58)	Guarulhos (n=9)	Interior (n=8)		
<b>Escala de Apoio Social</b>					0,626 <sup>1</sup>
média (dp)	78,5 (16,4)	84,4 (12,1)	73,4 (23,2)	78,7 (16,7)	
mediana	80,5	87,4	79,5	81	
(mín.; máx.)	(45,3; 100)	(62,1; 97,9)	(40; 100)	(40; 100)	
<b>Self Reporting Questionnaire</b>					0,490 <sup>1</sup>
média (dp)	7,0 (4,8)	6,0 (2,8)	8,3 (4,2)	7,0 (4,6)	
mediana	6	5	10	6	
(mín.; máx.)	(0; 18)	(1; 11)	(0; 14)	(0; 18)	
<b>Escala de Estresse Percebido</b>					0,309 <sup>1</sup>
média (dp)	27,3 (9,4)	23,7 (7,1)	28,6 (12,4)	27,0 (9,4)	
mediana	27	23	27	27	
(mín.; máx.)	(8; 53)	(13; 39)	(8; 41)	(8; 53)	

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis/ \*p <0,05

## 5.2 Correlação entre as variáveis sócio-demográficas e o apoio social

Das variáveis sócio-demográficas associadas ao apoio social materno, as correlações que obtiveram resultados estatisticamente expressivos foram todos positivos, indicando que maiores escores de apoio social estão associados à mães com maior escolaridade (p=0,057), pais com maior escolaridade (p=0,037) e renda materna (p=0,011). As correlações, contudo, embora consistentes, não se mostraram fortes, tendo um valor máximo de 0,298 (em módulo) (Tabela 4).

A relação entre apoio social materno e ocupação paterna também obteve um resultado estatisticamente significativo ( $p=0,003$ ). As variáveis que dizem respeito à ocupação do pai, sendo ela categórica e não ordinal como as demais variáveis sócio-demográficas, foi necessário para além da verificação da diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos ( $p=0,003$ ), realizar uma comparação de médias entre as diferentes categorias de ocupações para discernir, mais precisamente, o que determina essa diferença.

Por meio da Tabela 5 é possível verificar que o apoio social materno possui médias maiores quando os pais trabalham. Isso também ocorre quando a mãe trabalha, no entanto, essa diferença não foi estatisticamente relevante, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Correlação entre variáveis sócio-demográficas e Apoio Social

	<b>Escala de Apoio Social</b>	
<b>Idade</b>	rho1	0,12
De 20 a 29 anos	valor p	0,312
De 30 a 39 anos		
De 40 a 49 anos		
De 50 em diante		
<b>Número de Filhos</b>	rho1	-0,141
2	valor p	0,234
3		
4		
5		
6		
<b>Escolaridade materna</b>	rho1	0,224
Fundamental incompleto	valor p	0,057
Fundamental completo		
Médio incompleto		
Médio completo		
Superior incompleto		
Superior completo		



<b>Escolaridade paterna</b>	rho1	0,249
Fundamental incompleto	valor p	0,037*
Fundamental completo		
Médio incompleto		
Médio completo		
Superior incompleto		
Superior completo		
<b>Ocupação materna</b>	F (3,70) <sup>2</sup>	0,748
Trabalha	valor p	0,527
Desempregada		
Do lar		
Outros		
<b>Ocupação paterna</b>	F (2,70) <sup>2</sup>	6,152
Trabalha	valor p	0,003*
Do lar		
Desempregado		
Outros		
<b>Renda materna</b>	rho1	0,298
Até R\$ 724,00	valor p	0,011*
Entre R\$725,00 e R\$1.448,00		
Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00		
Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00		
Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00		
Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00		
Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00		
Acima de R\$5.068,00		
<b>Renda paterna</b>	rho1	0,056
Até R\$ 724,00	valor p	0,636
Entre R\$725,00 e R\$1.448,00		
Entre R\$1.449,00 e R\$2.172,00		
Entre R\$2.173,00 e R\$2.896,00		
Entre R\$2.897,00 e R\$3.620,00		
Entre R\$3.621,00 e R\$4.344,00		
Entre R\$4.345,00 e R\$5.068,00		
Acima de R\$5.068,00		

<sup>1</sup>Correlação de Spearman e <sup>2</sup>ANOVA/ \*p<0,05

Tabela 5 – Comparação de médias entre as diferentes ocupações associados ao apoio social

		Apoio Social				
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
<b>Ocupação Materna</b>	Trabalha	80,0	83,2	18,0	100,0	42,1
	Desempregada	73,0	70,5	15,2	100,0	57,9
	Do Lar	77,8	79,5	16,3	100,0	40,0
	Outros	92,1	92,1	5,2	95,8	88,4
<b>Ocupação Paterna</b>	Trabalha	80,8	83,2	15,8	100,0	42,1
	Desempregado	58,3	62,1	13,4	75,8	40,0
	Do Lar	#	#	#	#	#
	Outros	60,5	60,5	15,6	71,6	49,5

#Nenhum pai na amostra possuía ocupação Do Lar

### 5.3 Características do Apoio Social na amostra

A distribuição de apoio social na amostra, investigada por meio da Escala de Apoio Social (EAS), pode ser observado no Gráfico 1 e na Tabela 6. O gráfico indica uma maior concentração de mães com escores de apoio social acima de 80 pontos, sendo aproximadamente 53,4% da amostra. Já os escores entre 60 e 80 pontos representam aproximadamente 30,1% das mães, e os escores abaixo de 60 pontos representam 16,5% da amostra (Gráfico 1).

Com relação aos eixos de apoio social, a maior média foi relativa ao Apoio Afetivo ( $M=88,2$ ), já a menor média verificada foi de Apoio Emocional ( $M=72,9$ ). No geral, a média do escore total de Apoio Social das mães foi de 78,7 (Tabela 6).

Gráfico 1 – Distribuição do Apoio Social (escore total) na amostra

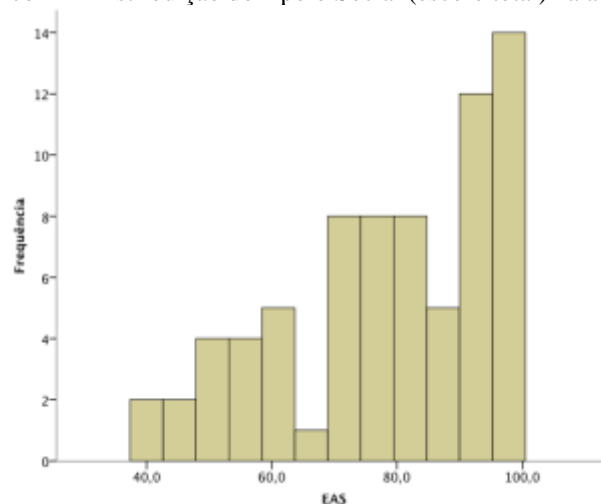


Tabela 6 – Distribuição de Apoio Social (por eixo) na amostra

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Apoio Material</b>	76,7	22,2	20,0	100,0
<b>Apoio Emocional</b>	72,9	24,5	20,0	100,0
<b>Apoio de Informação</b>	80,3	20,3	30,0	100,0
<b>Apoio Afetivo</b>	88,2	18	33,3	100,0
<b>Apoio de Interação Social Positiva</b>	78,7	19,6	30,0	100,0
<b>Escore Total</b>	78,7	16,7	40,0	100,0

#### 5.4 Características do Transtorno Mental Comum na amostra

A distribuição da pontuação do Self Report Questionnaire (SRQ-20) na amostra é demonstrada no Gráfico 2, nas Tabelas 6 e 7. O gráfico indica que aproximadamente 44% das mães obtiveram pontuações em até 5 pontos, 33,3% das mães obtiveram pontuação entre 6 e 10, 16% pontuaram entre 11 e 15 pontos e 6,66% pontuaram acima de 15 pontos no SRQ-20 (Gráfico 2). A média da amostra da pontuação foi de 7, o valor mínimo foi 0 e o valor máximo chegou a 18 pontos (Tabela 7).

Quanto maior a pontuação nessa avaliação, mais chances de a mãe ter transtorno mental comum, com ponto de corte 7/8 para a presença de transtornos mentais comuns (TMC). A SRQ-20 utilizada na Tabela 8, refere-se a uma variável categórica, em que a distribuição foi feita tendo como parâmetro a classificação das mães em presença ou ausência de transtorno mental comum (TMC). A partir da amostra por região obtivemos o resultado de 45 mães que não possuem TMC (60%) e de 30 mães que possuem TMC (40%) (Tabela 8).

Gráfico 2 – Distribuição do SRQ-20 (escore total) na amostra

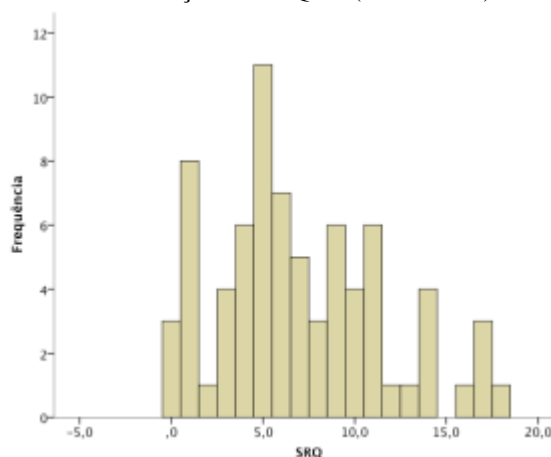


Tabela 7 – Média da pontuação de SRQ-20 na amostra

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>SRQ-20</b>	7,0	4,6	0,0	18,0

Tabela 8 – Distribuição do SRQ-20 (com ou sem TMC) na amostra

<b>Região</b>	<b>Sem TMC (N%)</b>	<b>Com TMC (N%)</b>
<b>São Paulo</b>	35 (60,3%)	23 (39,6%)
<b>Guarulhos</b>	7 (77,7%)	2 (22,2%)
<b>Interior</b>	3 (37,5%)	5 (62,5%)
<b>Total</b>	45 (60%)	30 (40%)

### 5.5 Característica do Estresse na amostra

A distribuição da pontuação de estresse na amostra se demonstra no Gráfico 3 e na Tabela 9. O gráfico indica que aproximadamente 22,97% das mães possuem pontuação abaixo de 20, enquanto a maior parte da amostra se concentra entre 20 a 40 pontos (67,57%); apenas 9,46% possuem pontuação acima de 40. A média da pontuação da amostra foi de 27, sendo a menor pontuação de 8, e a maior pontuação, de 53.

Gráfico 3 – Distribuição de Estresse na amostra

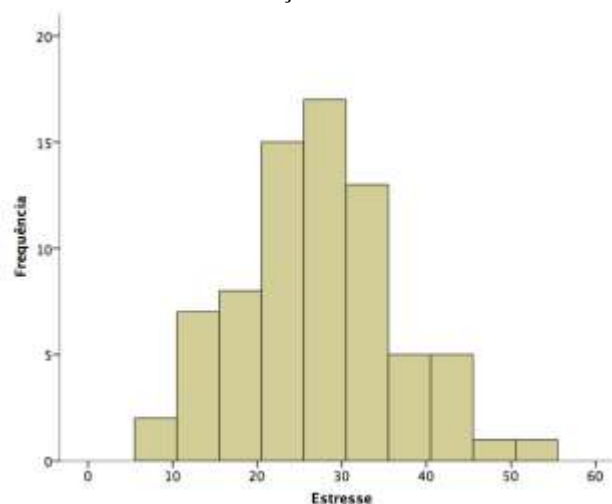


Tabela 9 – Média da pontuação de Estresse na amostra

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Estresse</b>	27	9	8	53

## 5.6 Associação entre Apoio Social e Transtorno Mental Comum

### 5.6.1 Associação entre Apoio Social como variável contínua e Transtorno Mental Comum

Para investigar uma possível relação entre o apoio social como variável contínua e o transtorno mental comum, primeiramente se realizou uma comparação de médias de apoio social entre as mães com transtorno mental comum e as mães sem transtorno mental comum. A partir dos resultados da Tabela 10 verificou-se que as mães sem TMC possuem médias maiores de apoio social do que as mães com TMC ( $F_{(1,44)}=8,135$  e  $p=0,007$  e  $d$  de Cohen= $0,71$ ) (Tabela 10).

Também foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa quando utilizado o apoio social como preditor e o resultado contínuo do transtorno mental comum como desfecho. Conforme pode se vê na Tabela 11, o efeito se mostrou significativo ( $p<0,001$ ). Com um beta negativo, é possível inferir que, quanto maior a pontuação de apoio social, menor a pontuação de transtorno mental comum (Tabela 11). A análise de resíduos se mostrou adequada, tendo distribuição normal. Contudo, foi possível verificar a existência de um indivíduo bastante desviante dos demais; outlier. Ele possui um escore de apoio social alto (90,53), e uma pontuação de transtorno mental comum alta (18). Com o outlier, o R observado na regressão foi de 0,166 e, sem ele, de 0,204 (Gráfico 4).

Tabela 10 – Comparação de médias de apoio social entre mães com e sem TMC

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	IC (95%)		valor p
					mínimo	máximo	
<b>Sem TMC</b>	4,5	83,2	13,6	2	79,1	87,2	
<b>Com TMC</b>	28	71,4	18,9	3,6	64,1	78,8	0,007*
<b>Total</b>	73	78,7	16,7	2	74,8	82,6	

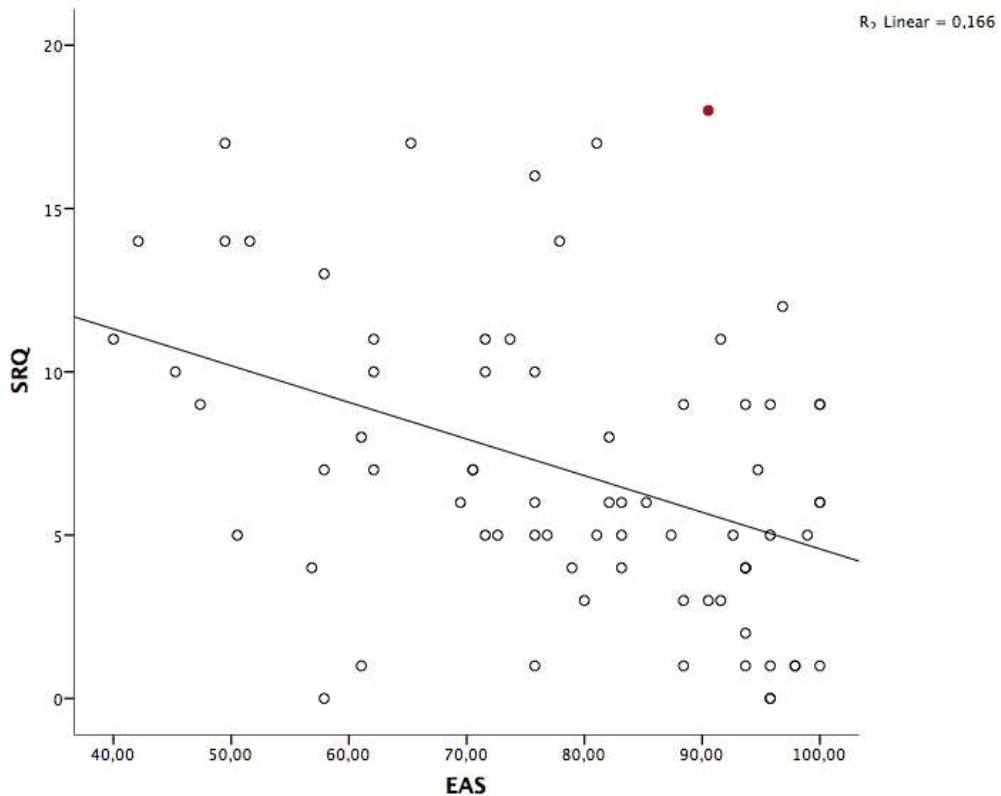
\* $p<0,05$

Tabela 11 – Correlação entre apoio social e transtorno mental comum (variável contínua)

	Beta Padronizado	valor p
<b>Apoio Social</b>	-0,407	<0,0001 <sup>1*</sup>

<sup>1</sup>Regressão linear/ \* $p<0,05$

Gráfico 4 – Correlação entre apoio social e transtorno mental comum (variável contínua)



### 5.6.2 Associação entre Apoio Social por eixo e Transtorno Mental Comum

Em continuidade com as investigações anteriores, investigou-se o apoio social nessas análises por seus eixos (dimensões): Apoio Material, Apoio Emocional, Apoio de Informação, Apoio Afetivo e Apoio de Interação Social Positiva. Os primeiros resultados se baseiam na utilização das dimensões do apoio social como preditoras e a presença e ausência do transtorno mental comum como desfechos. Realizou-se a comparação de médias das respectivas dimensões de apoio nos grupos das mães com e sem transtorno mental comum. Constata-se, na Tabela 12, que, em todas as dimensões, os valores médios são maiores para o grupo sem TMC do que para o grupo com TMC. Além disso, há diferenças estatisticamente consideráveis entre os grupos com e sem TMC em 3 dimensões da Escala de Apoio Social. A saber, apoio de interação social positiva ( $p=0,002$ ), apoio emocional ( $p=0,012$ ) e apoio afetivo ( $p=0,017$ ) (Tabela 12).

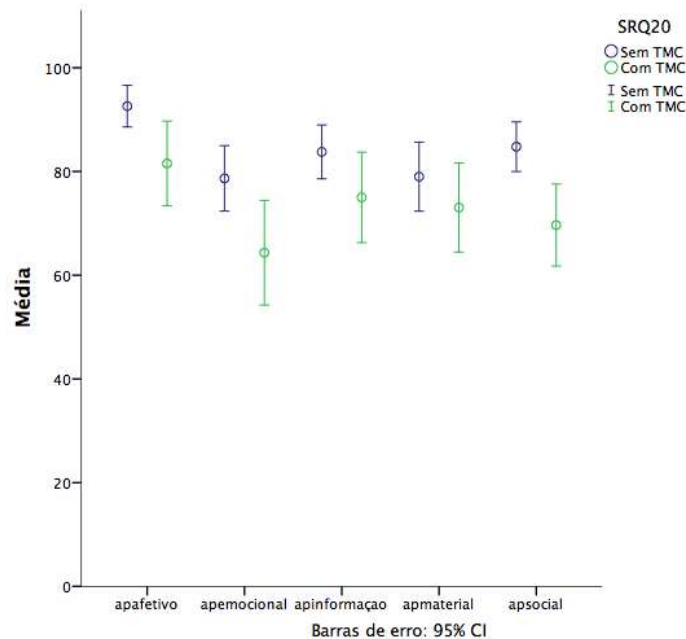
O Gráfico 5 apresenta os mesmos resultados da tabela, indicando as médias das cinco dimensões para cada grupo de mães (com ou sem TMC) com intervalo de confiança. Verifica-se que, nos resultados com diferenças significativas, é ausente ou muito pequena a sobreposição entre os grupos (Gráfico 5).

Tabela 12 – Comparação de médias das dimensões de apoio social entre mães com e sem TMC

	SRQ-20	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	valor p
<b>Apoio Material</b>	Sem TMC	45	79	22,14	3,30	0,267 <sup>1</sup>
	Com TMC	28	73,04	22,12	4,18	
<b>Apoio Emocional</b>	Sem TMC	45	78,67	20,98	3,12	0,012 <sup>1*</sup>
	Com TMC	30	64,33	27,02	4,93	
<b>Apoio de Informação</b>	Sem TMC	45	83,78	17,29	2,57	0,084 <sup>1</sup>
	Com TMC	30	75	23,34	4,26	
<b>Apoio Afetivo</b>	Sem TMC	45	92,59	13,35	1,99	0,017 <sup>1*</sup>
	Com TMC	30	81,56	21,84	3,98	
<b>Apoio de Interação Social Positiva</b>	Sem TMC	45	84,78	15,95	2,37	0,002 <sup>1*</sup>
	Com TMC	30	69,67	21,17	3,86	

<sup>1</sup>Teste T Student/ \*p>0,05

Gráfico 5 – Comparação de médias das dimensões de apoio social entre mães com e sem TMC



A análise seguinte se baseia na utilização das dimensões do apoio social como preditoras, e o resultado contínuo do transtorno mental comum como desfecho. Realizou-se uma regressão múltipla, já que havia mais de um preditor. Os resultados da Tabela 13 abaixo indicam que apoio de interação social positiva ( $p=0,033$ ) e o apoio emocional ( $p=0,044$ ) possuem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, quanto maior for a pontuação destas

mães para transtornos mentais comuns, menor será a sua pontuação nas dimensões de apoio de interação social positiva e apoio emocional. Também pode ser analisado como as duas dimensões de apoio dentro da Escala de Apoio Social que mais possuem força de associação com o SRQ-20 (Tabela 13).

Tabela 13 – Correlação entre as dimensões de apoio social e transtorno mental comum (variável contínua)

<b>Dimensões de Apoio Social</b>	<b>Beta Padronizado</b>	<b>valor p</b>
<b>Apoio Material</b>	0,027	0,847 <sup>1</sup>
<b>Apoio Emocional</b>	-0,326	0,044 <sup>1*</sup>
<b>Apoio de Informação</b>	0,151	0,405 <sup>1</sup>
<b>Apoio Afetivo</b>	-0,092	0,532 <sup>1</sup>
<b>Apoio de Interação Social Positiva</b>	-0,294	0,033 <sup>1*</sup>

<sup>1</sup>Regressão Múltipla/ \*p<0,05

## 5.7 Associação entre Apoio Social e Estresse

### 5.7.1 Associação entre Apoio Social como variável contínua e Estresse

Para investigar uma possível relação entre o apoio social como variável contínua e o estresse materno, realizou-se uma regressão linear, já que ambas são variáveis contínuas com distribuição aproximadamente normal. Verificou-se uma associação estatisticamente relevante ( $F(1,70)=14,866$  e  $p<0,0001$ ). O beta da regressão foi de -0,214 (IC: -0,265—0,116), indicando que, para cada ponto de apoio social a mais, espera-se 0,241 pontos a menos no estresse (Tabela 14).

Tabela 14 – Correlação entre apoio social e estresse

	<b>Beta Padronizado</b>	<b>valor p</b>
<b>Apoio Social</b>	-0,419	<0,001 <sup>1*</sup>

<sup>1</sup>Regressão Linear/ \*p<0,05

### 5.7.2 Associação entre Apoio Social por eixo e Estresse

Para investigar a associação entre as dimensões de apoio social e o estresse materno, utilizou-se a correlação de Spearman. Todas as dimensões tiveram correlações negativas,



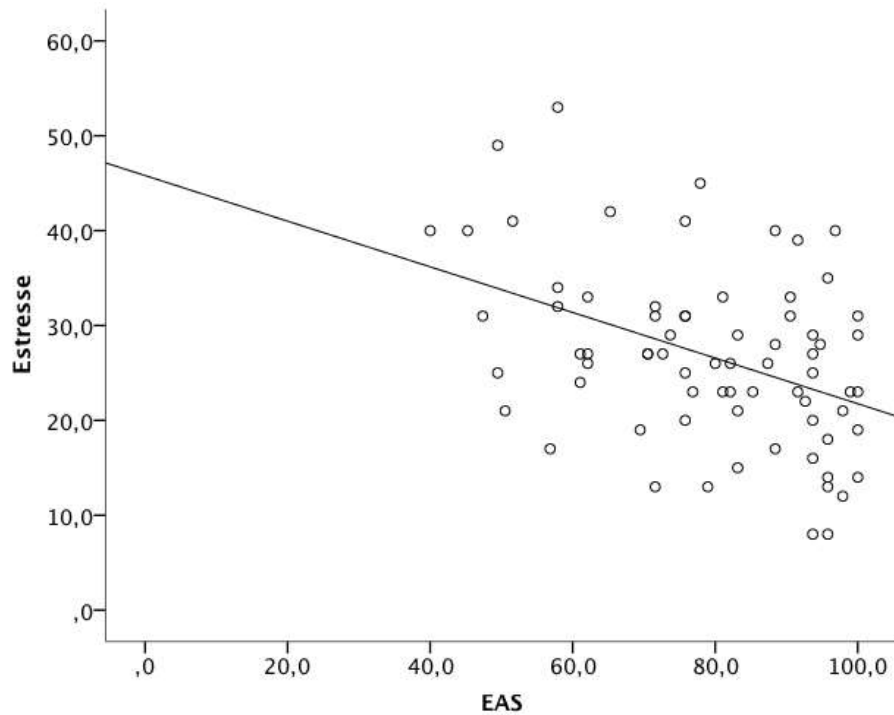
indicando que, quanto menor as dimensões de apoio, maior será o estresse. As dimensões com resultados estatisticamente expressivos foram apoio emocional ( $p=0,001$ ), apoio de interação social positiva ( $p=0,002$ ), apoio afetivo ( $p=0,019$ ) e apoio de informação ( $p=0,034$ ) (Tabela 15).

Tabela 15 – Correlação entre as dimensões de apoio social e estresse

	<b>Apoio Material</b>	<b>Apoio Emocional</b>	<b>Apoio de Informação</b>	<b>Apoio Afetivo</b>	<b>Apoio de Interação Social Positiva</b>
<b>rho</b>	-0,179	-0,37	-0,246	-0,273	-0,36
<b>Valor p</b>	0,132 <sup>1</sup>	0,001 <sup>1*</sup>	0,034 <sup>1*</sup>	0,019 <sup>1*</sup>	0,002 <sup>1*</sup>

<sup>1</sup>Correlação de Spearman/ \* $p<0,05$

Gráfico 6 – Correlação entre as dimensões de apoio social e estresse



## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Prevalência de apoio social na amostra

No que concerne à pontuação da Escala de Apoio Social de MOS, verificou-se resultado idêntico na pesquisa de Moraes, Fonseca, David, Viegas e Otta (2015), cujo escore médio em apoio social global foi de 78,7 pontos. Esse resultado se refere às mães que tiveram seus bebês em hospital público, apesar de a aplicação do instrumento avaliativo de apoio social ter ocorrido no último trimestre de gestação, diferentemente de nossa amostra, que se aplicou no período do pós-parto. As mulheres dos hospitais públicos possuíam média mais baixa de anos de escolaridade (9,3) e menor proporção de mães que trabalhavam, ou seja, características muito semelhantes à amostra utilizada em nossa pesquisa. Já as mães que utilizaram os serviços privados tiveram escore médio em apoio social global de 90,7 pontos.

A pesquisa de Thiengo, Santos, Fonseca, Abelha e Lovisi (2012), também referente a uma amostra de 100 gestantes no terceiro trimestre de gestação e usuárias do serviço público, obteve resultados similares. A média em apoio social global encontrada foi de 80 pontos, sendo que a dimensão de apoio afetivo apresentou a maior média (91,79 pontos), enquanto o apoio material teve a menor média (85,65). Em nossa pesquisa, apoio afetivo também obteve a maior média dentre as dimensões (88,2), e apoio material foi a segunda média mais baixa (72,9). Com relação às diferenças de resultados desta pesquisa, é possível verificar que as pontuações das médias nas dimensões de apoio são maiores nessas gestantes do que em nossa amostra. Talvez, essa discrepância possa ser explicada, pois a amostra de gestantes possui uma média de idade menor comparada a nosso estudo, e 40% delas são primíparas, diferentemente de nossa amostra em que todas as mães possuem pelo menos 1 filho mais velho. Possivelmente, essas diferenças façam com que as mães jovens e primíparas sintam uma maior percepção de apoio social.

Constata-se um resultado muito próximo a esses na pesquisa de Ngai e Chan (2011), que consideraram uma amostra de 181 puérperas chinesas. A média do escore global de apoio social foi de 77,8 pontos. As mães possuíam média de idade de 31,3 anos, entretanto, diferentemente de nossa pesquisa, a maior parte da população possuía ensino médio completo e superior, e 84% delas trabalhavam. Talvez, por razões culturais em um contexto oriental, a percepção de apoio e suporte social possa ser sentida de outras formas.

A pesquisa de Lee, Yip, Leung e Chung (2004) apontou uma importante variável, frequentemente presente no contexto de populações asiáticas, sobretudo nas mulheres que se

tornam mães: a relação entre depressão pós-parto e a qualidade do vínculo com as sogras e com a família do parceiro. Nesses países, onde a presença da família do cônjuge após o casamento é mais forte e influente comparada às populações ocidentais, diversos relatos de mulheres revelaram relacionamentos abusivos e tiranos por parte de suas sogras, sendo esse um dos fatores de risco para a depressão pós-parto apontados na pesquisa.

Souza et al. (2016) também investigaram possíveis relações entre apoio social, variáveis sociodemográficas e gestacionais. Aplicou-se a Escala de Apoio Social de MOS em 150 gestantes em seu terceiro trimestre gestacional. De acordo com os seus resultados, o escore de apoio social global teve média de 82,8 pontos. Com relação às dimensões de apoio, verificou-se média de 91,16 em apoio afetivo; 83,50 de apoio de interação social positiva; 80,97 de apoio de informação; 80,50 de apoio emocional e 79,97 de apoio material. A pontuação da média global em apoio foi ligeiramente superior comparado a nosso estudo. Entretanto, essa amostra contou com mulheres de gestação tardia, com aproximadamente 37,5 anos, podendo ser esses um dos fatores para uma percepção de apoio maior. No que concerne às pontuações referentes às dimensões de apoio, também ocorreram diferenças, mas o apoio afetivo foi igualmente a dimensão com a maior pontuação, e apoio material e emocional, as menores pontuações, conforme se verificou em nossa amostra.

Dantas, Araújo, Revorêdo, Pereira e Maia (2015) avaliaram apoio social de 150 puérperas com bebês nascidos a termo e pré-termo hospitalizados. A mediana do escore de apoio social global foi de 88,7 pontos. No que diz respeito às dimensões, a maior mediana foi de apoio afetivo (100 pontos), seguido pelo apoio de informação, de interação social positiva e material (90 pontos), e, por último, o apoio emocional (87,5 pontos). Apesar de a medida desta pesquisa ser diferente, nosso estudo também obteve classificação aproximada em relação às dimensões de apoio social, sendo apoio afetivo a maior média, seguida de apoio de informação, apoio de interação social positiva, apoio material e, por último, apoio afetivo.

## **6.2 Prevalência de transtorno mental comum na amostra**

No Brasil, a prevalência para TMC é estimada de 28,7% a 50%, sendo considerada alta especialmente entre as mulheres e a população idosa (Borim, Barros & Bortega, 2013). Nos estudos de Luchesse et al. (2014), em uma população de 607 indivíduos, 31,47% apresentaram maior probabilidade para Transtorno Mental Comum. Identificou-se a associação maior do gênero feminino. Segundo os autores, a sobrecarga das mulheres diante do trabalho e das tarefas

domésticas frequentemente implica renúncia ao próprio cuidado, repercutindo em sentimentos de frustração, angústia, ansiedade e de adoecimento. Na pesquisa de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), não houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, porém a média da pontuação no SRQ-20 para os homens (5,55) foi menor comparada à das mulheres (6,19).

Considerando 2.055 mulheres da Bahia, Araújo, Pinho & Almeida (2005) também constataram alta prevalência de TMC entre as mulheres. De acordo com os resultados, 39,4% das mulheres entrevistadas possuíam TMC, de acordo com as variáveis sócio-demográficas associadas à ocorrência de TMC, afetada significativamente pelo número de filhos: quanto maior o número de filhos, maiores as chances de TMC. Em nossa amostra, 63% das mulheres possuem entre 2 a 3 filhos, e a prevalência de TMC também foi muito próxima aos resultados de nossa pesquisa, na qual 40% das mães apresentaram transtornos mentais comuns.

Falceto et al. (2008) contaram com uma amostra de 153 famílias. Essas autoras também identificaram uma diferença considerável entre a presença de TMC de pais (16,1%) e de mães (37,3%). Além disso, as autoras discutem sobre a importância da presença atuante do pai nas tarefas domésticas e no cuidado direto com os filhos para o aumento da sensação de bem-estar da mãe e para o favorecimento de experiências mais positivas a respeito de sua maternidade. Kerber et al. (2011) também constataram diferenças entre a prevalência de TMC nos casais, sendo o SRQ-20, 34,4% das mães e 25,4% dos pais apresentaram suspeita de transtorno psiquiátrico.

Diante disso, infere-se que algumas condições em que a maternidade é vivenciada podem ser de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns. Isso pode explicar o alto índice de mulheres com TMC em nossa pesquisa, uma vez que elas fazem parte desse grupo vulnerável. Estudo que apresentou resultados semelhantes foi o de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), em que a prevalência de TMC foi de 37,1% em puérperas, e a média do escore foi de 5,8 pontos (DP=4,6). Em Brito, Ludemir e Araújo (2015), houve prevalência de 42,9% de mães com TMC. Nessa ocasião, aplicou-se o SRQ-20 ainda na fase gestacional, no entanto, a amostra apresentou características sócio-demográficas muito parecidas com as utilizadas em nosso estudo.

Alvarenga e Frizzo (2017) também aplicaram SRQ-20 em 79 gestantes no último trimestre da gravidez. A média da pontuação do instrumento avaliativo foi de 8,57 (DP=3,40) e prevalência foi de 63% de mulheres com presença de TMC. Nesse estudo, os resultados

indicaram o TMC durante o período gestacional como forte preditor para a depressão pós-parto. Averiguou-se pontuação similar no SRQ-20 em Alvarenga et al. (2012), em que a amostra de gestantes indicou uma média de 8,01 pontos (DP=0,25).

Verificaram-se resultados semelhantes a esses nas pesquisas que utilizaram mães com filhos mais velhos. Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) analisaram uma amostra de 65 famílias cujo filhos tinham 1 ano de idade. Nessa ocasião, 44,6% das mães pontuaram para o indicativo de TMC. Além disso, considerou-se a presença do transtorno como fator de risco ao desenvolvimento infantil. Khan e Flora (2017) utilizaram uma amostra de 264 mães de filhos com até 5 anos de idade, residentes em comunidades carentes de Bangladesh. Nesse caso, a prevalência para presença de TMC na amostra foi de 46,2%.

### **6.3 Prevalência de estresse na amostra**

Apesar de publicações nacionais apresentarem poucos artigos de autores que utilizaram a Escala de Estresse Percebido (PSS) como instrumento avaliativo para o estresse, principalmente em amostra de mães (De Brito & Faro, 2016), essa é uma escala que não possui especificidade nos grupos etários. Tal ausência pode ser uma vantagem, visto que ela já foi validada em diversas culturas (Luft et al., 2007). Nas publicações internacionais, existem inúmeras pesquisas que utilizam o PSS e suas variações (escala composta de 14, 10 ou 4 itens) nos mais diferentes contextos, inclusive com amostra de mães em seu ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, a maior parte das pesquisas utilizadas para a comparação de nossos resultados provém de estudos internacionais.

No Brasil, Segato et al. (2009) investigaram a ocorrência e o controle do estresse em 30 gestantes sedentárias e fisicamente ativas. A maior parte da amostra apresentou elevados níveis de estresse percebido, sendo a média de 28,8 pontos (DP=5,60), resultado muito próximo obtido em nossa pesquisa, que obteve média de 27 pontos (DP=9,0). O estudo desses autores também apontou as principais fontes de estresse das gestantes, como problemas próprios relacionados à gestação (parto, medo de perder o bebê, aumento de peso, gravidez não planejada), problemas cotidianos (calor excessivo, trânsito, trabalho, convívio com o companheiro), problemas financeiros e preocupação com os filhos.

Rodrigues e Schiavo (2011) não utilizaram o PSS como instrumento avaliativo para o estresse. Nessa pesquisa, aplicou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), no entanto, assim como em nossa amostra, as mães também apresentaram um elevado

nível de estresse. Esta pesquisa escreveu e comparou as fases do estresse em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto. Em ambas as fases, mais da metade da população apresentou sinais significativos de estresse, sendo a fase gestacional com a maior frequência de manifestações de estresse (76% manifestaram sintomas de estresse; dentre elas, 72% estavam na fase de resistência, 25% na fase de quase exaustão e 3% na fase de exaustão).

Silveira, Pekow, Dole, Markenson e Chasan-Taber (2013), consideraram uma amostra de 1.426 gestantes latinas residentes nos EUA, com perfil sociodemográfico similar a nosso estudo - baixo poder aquisitivo e escolaridade. De acordo com seus resultados, a média de pontuação do PSS foi de 26,2 pontos (DP=7,1) no início da gestação; 25,2 pontos (DP=7,5) no meio da gestação; 23,4 pontos (DP=7,7) no final da gestação, indicando que o nível de estresse é menor conforme a proximidade do parto.

Ahn e Corwin (2015) investigaram a percepção de estresse, e a aplicação da escala também se realizou durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo a primeira delas no último trimestre de gestação, consecutivamente na primeira semana após o parto, segunda semana, segundo mês, terceiro mês e, por último, no sexto mês após o parto. Dividiu-se a amostra de mães americanas em dois grupos - mães que se utilizavam predominantemente do aleitamento materno, e mães que recorriam predominantemente ao aleitamento artificial. Em ambos os grupos, notou-se uma diminuição da percepção de estresse até o parto, e, a partir dos meses seguintes, durante o pós-parto, verificou-se um aumento do nível de estresse. No primeiro grupo, a média mais alta encontrada se referente à avaliação realizada no sexto mês após o parto (18,78 pontos e DP=6,96); no segundo grupo, a média mais alta foi de 20,42 pontos (DP=8,72). Isso também ocorreu na última avaliação das pesquisadoras.

Flanagan, Gordon, Moore e Stuart (2015) utilizaram uma amostra de 122 puérperas americanas, divididas em dois grupos distintos - o primeiro deles caracterizado pelo alto risco de violência por parceiro íntimo (VPI), e o segundo grupo, por baixo risco de VPI. Durante a gestação, o primeiro grupo obteve média de 26,49 pontos (DP=6,7), e o segundo grupo obteve média de 19,73 pontos (DP=1,07). Já no pós-parto, o grupo de alto risco teve média de 22,38 pontos (DP=6,14), e o segundo grupo obteve média de 19,81 pontos (DP=7,05).

A pesquisa de Scheyer e Urizar (2016), realizada nos EUA, baseou-se em uma amostra de 100 mães cujo objetivo foi analisar a ocorrência de alteração dos padrões de cortisol salivar e os níveis de estresse percebido durante a gravidez e 3 meses após o parto, associados a sintomas de depressão pós-parto. De acordo com os resultados, a Escala de Estresse Percebido

(PSS) no primeiro trimestre de gestação teve média de 24,37 pontos (DP=7,19), no segundo trimestre de gestação, teve média de 23,14 pontos (DP=6,75), no terceiro trimestre de gestação, teve média de 23,10 pontos (DP=6,63) e, no terceiro mês após o parto, teve média de 22,37 (DP=7,51). De acordo com a distribuição, foi possível notar a diminuição do estresse ao longo da gestação até o pós-parto, resultados muito parecidos com a maior parte dos estudos anteriores citados. Identificaram-se, também, associações estatisticamente relevantes entre altos índices de percepção de estresse em todos os períodos gestacionais e no pós-parto, com a depressão pós-parto.

Aneja et al. (2017) consideraram uma amostra de 110 participantes indianas. A Escala de Estresse Percebido na ocasião foi aplicada durante a gestação, e seu escore médio foi de 24,47 pontos (DP=5,88). Nesse estudo, adotou-se o ponto de corte, sendo menor de 28 pontos considerado como ausência de estresse, o que representou 69,1% da população, e, acima de 28 pontos com presença ou alto índice de estresse, representando 30,9% das mulheres investigadas. Interessa ressaltar que, nesta pesquisa, tratando-se de uma população oriental, ocorreu a investigação de variáveis tais como expectativa do sexo do bebê relacionada com o nível de estresse e de ansiedade materna. As culturas orientais ainda preservam grau considerável de apreço pela figura masculina em detrimento da feminina. Em algumas populações, a principal fonte de renda e a herança de bens ainda permanecem sob o controle dos homens.

Dessa forma, neste estudo, a preferência pelo sexo masculino se relatou por 12% das mulheres, enquanto 88% disseram ser neutras a esse respeito. No entanto, nenhuma mãe relatou preferência pelo bebê de sexo feminino. Constataram-se resultados estatisticamente significativos a esse respeito - as mães que possuíam expectativas sobre o sexo masculino do bebê apresentaram índices maiores de estresse e de ansiedade, principalmente as mulheres cujas famílias também declararam sua preferência por meninos, e/ou a mulher já tivesse uma filha.

Por fim, Zhang et al. (2018) se pautaram em uma amostra de 205 díades mãe-bebês chinesas, em que um dos objetivos foi verificar se a irritabilidade do recém-nascido estava associada a sintomas de ansiedade e de estresse perinatal materno. O estudo coletou amostras dos índices de cortisol e prolactina das mães e dos bebês. Nesse contexto, utilizaram-se como critérios para formar os grupos caso e controle, a Escala de Estresse Percebido, assim como o Hamilton Anxiety Scale (HAMA). Dessa forma, o foco da pesquisa não foi apresentar a prevalência da população a partir desses instrumentos. No entanto, há resultados interessantes nesse estudo - o nível de prolactina dos bebês obteve resultado estatisticamente expressivo e negativo quando associado aos escores de irritabilidade da criança. A prolactina também esteve

associada aos níveis de cortisol. Isso significa que, quanto maior os níveis de prolactina, menores os níveis de cortisol. Além disso, o decréscimo da prolactina neonatal se correlacionou com a diminuição da prolactina materna. É possível que a diminuição da prolactina em recém-nascidos com irritabilidade pudesse estar relacionada à redução dos níveis de prolactina materna, resultante de mães lactantes que sofriam de sintomas de ansiedade e de estresse, pois a prolactina pode ser transportada para os recém-nascidos durante o aleitamento.

#### **6.4 Associação entre as variáveis sócio-demográficas e apoio social**

A partir dos resultados verificados na Tabela 4 do capítulo anterior, verifica-se que as correlações que obtiveram resultados estatisticamente significativos foram escolaridade materna, escolaridade paterna, ocupação paterna e renda materna; e as variáveis sócio-demográficas que não se correlacionaram com o apoio social foram a idade materna, número de filhos, ocupação paterna e renda paterna.

No que diz respeito à **idade materna**, a pesquisa presente não apresentou associação com a Escala de Apoio Social de MOS. Em Souza et al. (2016) também se constata um resultado similar ao nosso, no entanto, utilizou-se uma amostra de gestantes tardias do terceiro trimestre com média de 37,5 anos de idade, residentes no município de Natal. Na pesquisa de Guimarães e Melo (2011) também não se verificou a associação estatística entre a idade materna e a escala de apoio. Sua amostra contou com 336 mães de bebês a termo e pré-termo residentes no município do Rio de Janeiro.

Por outro lado, as pesquisas de Vieira, Vieira e Prado (2011) cuja amostra foi de 150 mães com filhos entre 0 a 6 anos de idade residentes no Estado de Santa Catarina, demonstrou uma correlação negativa entre a idade da mãe com o apoio percebido. O mesmo resultado ocorreu na pesquisa de Griep et al. (2005), em que se constatou que funcionários mais jovens tiveram chances significativas maiores de perceberem apoio social mais elevado. De acordo com sua discussão, pessoas mais velhas tendem a perceber menor apoio social, principalmente pelas mudanças ocorridas no decorrer do tempo e pelas perdas de componentes das redes de suporte social.

Contrariamente a esses resultados, Belo (2006) indica que, com o aumento da idade materna, ocorre uma maior percepção de suas próprias competências e habilidades nos cuidados com seus recém-nascidos. Isso ajuda a mulher em sua autoestima e, portanto, na percepção de apoio social.



Em relação ao **número de filhos**, na pesquisa de Vieira et al. (2011), encontraram-se diferentes resultados a partir de dois contextos - mães residentes no interior Oeste do Estado de Santa Catarina apresentaram menor percepção de apoio social associado ao maior número de filhos, e mães residentes na Capital apresentaram maior percepção de apoio social associado ao maior número de filhos. De acordo com os autores, tal discrepância nos resultados pode ser explicada pelos inúmeros fatores de mudanças familiares com o surgimento da parentalidade, exigindo das famílias maior flexibilidade e procura por ajuda e por apoio de parentes e de amigos mais próximos, o que pode ou não gerar uma resposta por parte dessa rede. Além disso, a quantidade de filhos na família pode ser sentida tanto em seu lado benéfico como a companhia e a ajuda de sua prole nas atividades gerais, como também a exigência de maior suporte social conforme a quantidade de filho aumenta.

A **escolaridade materna e paterna** do presente estudo obteve um resultado estatisticamente significativo em sua correlação com o apoio social. Inúmeras pesquisas (Barbosa, 2008; Kerber et al., 2011; Vieira et al., 2011; Maranhão et al., 2014) apontam a escolaridade parental como fator de proteção para os diversos desfechos na área da saúde. Especialmente a escolaridade materna tem sido relacionada a melhores indicadores da saúde mental da própria mulher e ao desenvolvimento infantil (Ruzi-Pereira & Santos, 2012; Silva, Pizeta & Loureiro, 2016). Nesse sentido, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura presente (Griep et al., 2005; Vieira et al., 2011), que demonstra forte relação entre escolaridade e apoio percebido. De acordo com esses autores, os indivíduos que possuem mais anos de estudo se sentem mais seguros e autossuficientes. Isso promove uma melhor autoestima e, conseqüentemente, uma maior sensibilidade positiva de sua rede social.

Silva, Santiago e Lamonier (2012) também esclarecem a importância do nível de escolaridade paterna no sucesso do aleitamento materno. De acordo com os autores, os pais que possuíam maior nível de conhecimento e acesso às informações estavam mais conscientes sobre a importância e os benefícios do aleitamento, tanto para o desenvolvimento do bebê, como para a saúde da mãe, por isso, os pais apoiavam suas companheiras com relação à prática de aleitamento, podendo estender o tempo de amamentação exclusivo. Diante disso, as mães se sentiam amparadas e incentivadas, o que proporcionava uma percepção maior de apoio social.

A **ocupação materna** não apresentou resultado estatisticamente significativo quando associado ao apoio social. A revisão da literatura sobre essa correlação ainda é incipiente, principalmente nas pesquisas quantitativas. Ao contrário das demais variáveis sócio-demográficas utilizadas nesta pesquisa, pouquíssimos estudos discutem a influência da

ocupação materna e sua percepção no apoio social. No entanto, no estudo longitudinal de Rapoport (2003), que buscou investigar o apoio social dado às mães e a relação com o emprego materno, ao longo do primeiro ano do bebê, pode-se averiguar que o apoio recebido pelas mães era maior quando elas trabalhavam. Muitas mulheres entrevistadas tiveram de contar com os pais, avós, familiares e com as instituições educacionais em maior grau, já que sua disponibilidade de tempo estava limitada. Vale ressaltar que, nessa pesquisa, os descritores de apoio são baseados nas entrevistas e no relato das mães de caráter qualitativo, indicando os provedores de apoio social, diferentemente da Escala de Apoio Social de MOS, que avalia o grau de satisfação do apoio sem especificar seus provedores.

As mães que permanecem em casa e que frequentemente possuem a ocupação “do lar”, podem se sentir solitárias, isoladas, desamparadas e pressionadas por causa dos cuidados dos filhos, acarretando uma baixa percepção de apoio social e até mesmo uma invisibilidade social, considerando esse tipo de atividade como um não-trabalho, invisível na produção social, como demonstram Araújo, Pinho & Almeida (2005).

Já a **ocupação paterna**, no presente estudo, associou-se ao apoio social materno. As mães cujos maridos trabalham possuem médias maiores em apoio social do que as mães com maridos desempregados. Não se encontraram pesquisas com essas associações no mesmo contexto deste estudo. Desse modo, é possível inferir que a amostra de mães desta pesquisa pode possuir uma preocupação muito maior com a ocupação de seus cônjuges do que de suas próprias, sendo o trabalho do marido visto não apenas como fonte de renda, mas como um aspecto que promove seguridade para a mulher, e o fato do cônjuge possuir uma ocupação como uma forma de respeitabilidade. Além disso, a rede de sociabilidade decorrente do trabalho do marido também pode ser um fator de apoio para a esposa.

Essa discussão também corrobora os resultados estatisticamente significativos entre a renda materna e a paterna, e sua associação com o apoio social. Nesta pesquisa, a **renda paterna** não se correlacionou com o apoio, diferentemente da ocupação paterna, o que pode indicar, em nossa amostra, que as mães sentem maior apoio pela existência de um trabalho e não necessariamente pela renda, o que nos faz refletir sobre uma outra dimensão que diz respeito à importância subjetiva do trabalho do homem para essas mães. Já a **renda materna** se mostrou positivamente correlacionada ao apoio social. A partir desse resultado, pode-se inferir que possuir uma renda própria pode promover uma sensação de autonomia e de satisfação que aumente a percepção de apoio nessas mulheres.

A variável renda associada ao apoio social materno também se investigou em outras pesquisas, entretanto, tais estudos geralmente utilizam essa variável em seu aspecto global, levando em consideração uma única renda familiar. Em virtude disso, ocorreram dificuldades para encontrar, na literatura, resultados que pudessem se correlacionar com os resultados identificados no presente estudo. Dessa forma, se levarmos em consideração a renda familiar utilizada nessas pesquisas (Griep et al., 2005; Vieira et al., 2011), os resultados também revelam que a renda e o nível socioeconômico elevados são importantes fatores para que os indivíduos se sintam mais seguros e, portanto, mais apoiados em situações de necessidade.

### **6.5 Apoio social e saúde mental materna**

Em nossa pesquisa, a associação do apoio social com as variáveis descritivas para avaliação da saúde mental materna (TMC e estresse) obtiveram resultados estatisticamente expressivos. No que diz respeito a TMC, ocorreram diferenças entre as mães com e sem TMC e a percepção de apoio social. Além disso, quanto maior o escore de pontuação em apoio social das participantes, menores eram seus escores em TMC. O mesmo ocorreu na avaliação do estresse materno em que altos índices de estresse estavam relacionados à baixa percepção de apoio social, e baixos índices de estresse relacionados a uma maior percepção de apoio social.

No que diz respeito às dimensões da escala de apoio, todos os fatores tiveram correlações negativas com o estresse materno e o transtorno mental comum. As dimensões que foram mais significativas e que, possuíram um peso explicativo maior nas associações foram o apoio de interação social positiva, apoio emocional e o apoio afetivo. Obteve-se resultado similar na pesquisa de Barbosa (2008). Essa autora demonstrou que o risco para depressão pós-parto foi três vezes maior (RP=3,53) nas puérperas que apresentaram baixo apoio social, e as dimensões de apoio que estiveram fortemente associados à DPP foram o baixo apoio emocional (RP=3,18) e o baixo apoio afetivo (RP=3,17), apresentando, também, as maiores prevalências.

Para Simioni e Geib (2008), as dimensões de apoio afetivo e emocional estão muito ligadas à necessidade de uma pessoa com quem as mães possam compartilhar seus medos e que as façam se sentir queridas e amadas, uma base segura que possa sustentar essas mulheres a se tornarem mães bem-sucedidas. A maternidade é um processo que gera muitas tensões e sentimentos ambivalentes com relação ao bebê, por isso, receber demonstrações de afeto positivo e empatia promove, nessas mulheres, sentimentos de confiança e de autoestima que vão ajudá-las a suportar a difícil tarefa de serem mães.

O apoio de interação social positiva também se considerou como um importante recurso, principalmente para aliviar a carga de estresse advindas dessa fase. Ter alguém com quem se distrair e realizar atividades agradáveis se torna um recurso importante para essas mães sobretudo em uma fase que exige da mulher boa parte de seu tempo para se dedicar ao bebê. Na pesquisa de Morgado et al. (2013), realizada com 294 mães de lactantes no quarto mês de vida, averiguou-se que apenas 18% da amostra participou de alguma atividade social nos últimos 12 meses. Muitas vezes, a maternidade é acompanhada de inúmeras renúncias pessoais que a mulher faz, como o trabalho (mesmo que temporariamente), passeios, viagens, encontro com amigos, e atividades de lazer em geral, fazendo com que a rede de apoio social fique restrita.

Com relação ao apoio de informação, não se obteve resultado significativo neste estudo quando associado ao TMC, mas se constatou resultado quando relacionado ao estresse materno. O apoio de informação diz respeito, principalmente, à orientação para solução de um problema, esclarecimento e compartilhamento de dúvidas e para provisão de conhecimentos que possam ser úteis a essas mulheres. A pesquisa de Lopes, Prochnow e Piccinini (2010) investigou a relação da mães com suas figuras femininas de apoio e os sentimento em relação à maternidade no primeiro trimestre de vida do bebê. De acordo com as autoras, 98% das participantes relataram ter uma figura feminina de apoio, na maioria dos casos (54%), essas figuras serviram como modelo de identificação para as novas mães, sendo o maior percentual delas a própria mãe.

O modelo de identificação, sobretudo nas mães primíparas, baseou-se na percepção delas de figuras femininas mais experientes que pudessem orientá-las quando elas se sentiam inseguras com relação aos cuidados de seu bebê. Os principais modelos de referência e de fontes de informação citados foram as próprias mãe, sogras, irmãs e primas mais velhas. Nessa pesquisa, também se ressaltou não apenas a fonte de apoio de informação dessas mulheres, mas, também, as figuras femininas como apoio em diversas dimensões, que liberam a mãe para cuidar do bebê e se dedicar a seus próprios cuidados pessoais, que encorajam a mãe e a auxiliam no desenvolvimento das habilidades materna, e que ofereçam ajuda prática nas tarefas domésticas do dia a dia. Sinalizando, dessa forma, o apoio oferecido em suas diferentes dimensões, como o apoio afetivo, emocional e também o material.

A busca por pessoas mais experientes que possam fornecer informações importantes para as mães, infelizmente ainda é restrita ao círculo familiar e aos amigos próximos. Essas informações podem ser valiosas no contexto da maternidade, ajudando a diminuir a ansiedade

e a expectativa materna, e auxiliando no controle do estresse, uma vez que as mulheres podem contar com mais recursos e se preparar melhor para a chegada de um novo membro à família. De acordo com Prates et al. (2015); Teixeira, Nitschke e Silva (2011); Marques et al. (2010), ainda existe uma escassez de vínculos sociais, comunitários e das redes de saúde que possam fornecer diferentes tipos de apoio a essas mulheres. Existe um distanciamento dos serviços profissionais do cotidiano no cuidado comunitário. Além disso, segundo Simioni e Geib (2008), tais instituições são consideradas muito mais como uma fonte de informação técnica do que como um agente de cuidado.

Em consonância com essas questões, Guerreiro, Rodrigues, Queiroz e Ferreira (2014) investigaram as representações sociais das puérperas sobre educação em saúde e apontaram algumas lacunas nesses serviços, principalmente a relação verticalizada entre o profissional detentor de conhecimento científico e as usuárias, receptoras desse conhecimento. Isso gera palestras esvaziadas de diálogo e a problematização dos temas com a participação das mulheres, restringindo o potencial de intercâmbio de saberes e conhecimentos, e como forma de empoderamento dessas mulheres, compreendendo-as como sujeitos ativos e autônomos nas decisões que dizem respeito a sua saúde.

No que diz respeito aos estudos que utilizaram os mesmos instrumentos avaliativos deste trabalho, verificaram-se duas pesquisas brasileiras com resultados próximos ao nosso. Faisal-Cury, Menezes, D'Oliveira, Schraiber e Lopes (2013) contaram com 701 mães residentes na zona oeste do município de São Paulo. Nessa pesquisa, a prevalência para depressão pós-parto avaliada pelo SRQ-20 foi de 27,9% na amostra, também foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre associação da depressão pós-parto com o apoio social percebido avaliada pela Escala de Apoio Social de MOS, quanto maior apoio social destas mulheres menores as chances de terem algum tipo de transtorno mental.

Santos, Amorim, Santos e Barreto (2015) também avaliaram a percepção de mães com relação ao apoio social e compararam-na com a prevalência de TMC. As participantes classificadas com níveis baixos de apoio social em todas as dimensões possuíram maiores chances de apresentar TMC comparadas ao grupo com maior nível de suporte social. Essa chance aumentada de TMC variou de 38% para aqueles com menor percepção de apoio material, a 86% para aqueles com menores níveis de apoio afetivo e interação social positiva.

Com relação ao apoio social e o estresse, não há estudos brasileiros e internacionais que utilizaram os mesmos instrumentos avaliativos aplicados em uma população similar. No

entanto, muitos estudos correlacionaram a Escala de Apoio Social de MOS e diferentes instrumentos para avaliar a saúde mental materna. Dentre eles, o de Dantas et al. (2015) contou com uma amostra de 140 puérperas, divididas em 2 grupos - 70 genitoras de bebês a termo, e 70 genitoras de bebês prematuros internados, residentes no município de Natal – RN. O estudo transversal objetivou comparar a prevalência de sintomas de ansiedade e o apoio social percebido em ambos os grupos. Nesse caso, utilizou-se a Escala de Apoio Social e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados da pesquisa indicaram associação negativa entre Ansiedade-Estado e a dimensão de apoio emocional; a Ansiedade-Traço, por sua vez, teve associação negativa com o apoio social global e as dimensões de apoio material, emocional e interação social positiva.

Os resultados dessa pesquisa são interessantes e se aproximam dos resultados de nosso estudo, apesar de não se utilizarem os mesmos instrumentos avaliativos, pois o Inventário de Ansiedade Traço-Estado possui, em seu questionário, perguntas muito similares à Escala de Estresse Percebido, pois, de acordo com Veríssimo (2010), ao definir o traço e o estado, é possível compreender o processo de ansiedade e a percepção do sujeito perante o estresse e a ameaça. O modelo teórico utilizado para tal concepção compreende que situações estressantes sinalizam ao indivíduo possíveis estados de alerta e de ameaça que evocam reações ansiogênicas.

Thiengo et al. (2012) investigaram a associação entre apoio social percebido e prevalência de depressão em 100 gestantes atendidas em UBS no Rio de Janeiro. Para avaliação da depressão, utilizaram-se, além da Escala de Apoio Social de MOS, a *Composite International Diagnostic Interview* e, para investigação de eventos de vida estressantes, a escala *Stressful Life Events*. De acordo com seus resultados, o estresse advindo da perda de um relacionamento conjugal no último ano esteve associado à depressão durante a gestação. No que diz respeito ao apoio social, não se constataram associações estatisticamente significativas quando relacionado, de maneira independente, à depressão no modelo de regressão logística, porém, na análise bivariada, obteve-se valor p significativo para ausência de apoio de informação e de interação social positiva. Os autores discutem a ausência do apoio de informação associada ao aparecimento de episódios depressivos durante a gestação, principalmente quando relacionada à falta de informação e de planejamento em gravidez não desejada.

Morais et al. (2015) também avaliara, a prevalência de depressão pós-parto (DPP), e fatores associados em mulheres que deram à luz em dois hospitais da cidade de São Paulo - um

público e um privado. O instrumento de avaliação utilizado para mensurar os sintomas de depressão nas mulheres foi a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Os resultados apontam que para cada ponto a mais na Escala de Apoio Social de MOS representou uma chance 2,77% menor de indicação positiva para a depressão pós-parto (DPP). Ao realizar a análise fatorial da EDPE, o modelo indicou que, quanto maior o escore em apoio social, menores os valores de três fatores, com estimativas de -0,207 com a anedonia, -250 com ansiedade e -0,219 com sintomas depressivos.

A pesquisa de Moraes et al. (2017) utilizou, além da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, o Inventário de Ansiedade de Beck. Os resultados demonstraram que a percepção de apoio social materna ocasionou efeitos diretos e negativos com relação aos sintomas de depressão, tanto na gestação, como no pós-parto, indicando que, quanto maior o apoio social da mãe, menores as chances da presença de sintomas depressivos. O baixo apoio social materno também se associou indiretamente (via sintomas depressivos) à relação mãe-bebê prejudicada. As pesquisadoras discutem a importância do apoio social com fator de proteção que impulsionam as mulheres a comportamentos mais adaptativos diante dos desafios da maternidade. As mães se sentem mais seguras, sensíveis com relação às necessidades do bebê e com o sentimento de autoeficácia como cuidadora.

O Inventário Beck de Depressão também foi instrumento de avaliação na pesquisa de Alvarenga et al. (2013), os quais contaram com uma amostra de 77 puérperas da cidade de Salvador, divididas entre o grupo clínico, composto por mães que apresentarem níveis de sintomatológica leve, moderada e grave de depressão, e o grupo não clínico, caracterizado por mães que apresentaram indicadores de depressão mínima. O estudo visou a avaliar a relação entre apoio social e depressão pós-parto. Constataram-se diferenças estatisticamente relevantes entre os dois grupos e a Escala de Apoio Social ( $p=0,008$ ), sendo que o grupo clínico apresentou escores menores de apoio social (54,56 pontos) comparado ao grupo não clínico (62,34 pontos).

Os resultados dessas pesquisas apresentadas corroboram os resultados identificados em nosso estudo, indicando que altos índices de depressão, sintomas de ansiedade e estresse, avaliados por diferentes instrumentos estão associados à baixa percepção de apoio social das mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que há uma relação estatisticamente significativa entre a percepção do apoio social materno com o estado de saúde mental das respectivas mulheres, indicando que maiores níveis de apoio social se associam a menores níveis de estresse e a menores chances da presença de transtornos mentais comum. Além disso, verificou-se resultados estatisticamente significativos quando se investigou o apoio social em suas diferentes dimensões, indicando que o apoio de interação social positiva, apoio emocional e apoio afetivo apresentaram um peso explicativo maior na correlação com o transtorno mental comum; e, quando verificadas as dimensões de apoio com o estresse, todos os fatores, exceto o apoio material, foram preponderantes.

Tais resultados corroboram a literatura científica nacional e internacional, que ressaltam a importância do apoio e suporte social das mulheres em sua fase gravídico-puerperal, sinalizando, inclusive, o apoio social como fator de proteção aos diversos desfechos na área da saúde dos indivíduos, de maneira geral. Sendo o apoio social um importante componente capaz de moderar os efeitos das condições de estresse, ansiedade e de depressão, aumentando os benefícios para a saúde e para a proteção das diversas doenças.

No que diz respeito às dificuldades e às limitações desta pesquisa, apesar de a literatura científica apresentar muitos estudos relacionados a esta temática, poucos foram os trabalhos que se utilizaram do apoio social como variável independente e, portanto, preditora. Sendo assim, ocorreram dificuldades para encontrar dados que pudessem fundamentar, de forma mais consistente, as associações com variáveis sócio-demográficas e o apoio social.

Além disso, a Escala de Apoio Social de MOS, apesar de ser amplamente aplicada nos trabalhos, e muitos deles relevantes a nosso contexto, não utilizaram a forma padronizada de pontuação, dificultando ou tornando inviável a sua comparação. O presente estudo também ficou restrito a determinadas investigações, como a inclusão de determinados fatores que influenciam na percepção de apoio social, tal como a satisfação com o relacionamento conjugal, que não se investigou diretamente nesta pesquisa.

No entanto, apesar dessas considerações, podemos dizer que a investigação do apoio social no contexto da maternidade também pode auxiliar na compressão entre as tensões existentes no intercâmbio dos processos interp-síquicos para os intrapsíquicos na constituição da subjetividade dos indivíduos, uma vez que o apoio social opera entre as tensões do meio



social e do meio individual, especialmente a percepção desse apoio social, pois atravessa as relações coletivas, comunitárias, familiares e, portanto, socialmente constituídas, rumo às percepções subjetivas dessas mulheres/mães.

Nesse sentido, o sofrimento materno, bem como a saúde psíquica dessas mulheres deixam de ser uma responsabilidade única e exclusivamente delas, existindo a possibilidade de se refletir como uma responsabilidade social e coletiva. Dessa forma, as pesquisas nesta área avançam buscando legitimar tais questões e, continuamente, reforçar a necessidade de políticas públicas no contexto da maternidade. Isso significa a busca por uma “maternidade num contexto de direitos humanos, que deve ser voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa” (Mattar & Diniz, 2012, p. 108). De acordo com as autoras, faz-se necessário compreender a maternidade como trabalho social, isto é, ela não é responsabilidade única e exclusivamente da mulher, mas do casal, da família e da sociedade, conforme dito anteriormente, em que os direitos das mulheres são inerentes aos direitos das crianças e implica a defesa dos direitos da maternidade, levando em consideração a assistência pública, gratuita e de boa qualidade, incluindo toda a saúde do ciclo gravídico-puerperal, a licença a maternidade e o direito à creche e à escolas públicas.

Entretanto, para que se chegue cada vez mais próximo a isso, é preciso refletir e se atentar para algumas questões árduas e caras nas discussões políticas e sociais que dizem respeito à maternidade, como a reflexão sobre a divisão do trabalho doméstico entre homens e mulheres, inclusive o trabalho doméstico em sua invisibilidade social, a dupla jornada feminina e a responsabilização a respeito dos cuidados dos filhos, e a concepção de uma maternidade idealizada e admirada em um padrão prescrito socialmente.

Por fim, em consonância com a literatura, nossos resultados revelam que um apoio social mais efetivo é um importante fator protetor da saúde mental das mulheres, principalmente no contexto da maternidade, indicando a relevância do incentivo e da adoção por parte dos serviços de saúde, das instituições educacionais, das práticas preventivas e terapêuticas, e das responsabilidades coletivas e individuais diante das mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal.

## REFERÊNCIAS

- Ahn, S., & Corwin, E. J. (2015). The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1582–1590. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.017>
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64–77. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100005).
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 51-59. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. D. S., Lordelo, E. D. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 477–484. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300017>
- Alvarenga, P., Palma, E. S., Silva, L. M. A., & Dazzani, M. V. (2013). Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas. *Interação em psicologia*, 17(1), 47–57. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.5380/psi.v17i1.20159>
- Aneja, J., Chavan, B. S., Huria, A., Goel, P., Kohli, N., & Chhabra, P. (2017). Perceived stress and its psychological correlates in pregnant women: an Indian study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(3), 268–279. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1364284>
- Araújo, T. M. D., Pinho, P. D. S., & Almeida, M. M. G. D. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira Saúde Matern. Infant.*, 5(3), 337–348. *Ahead of print*. doi: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>.
- Barbosa, R. de C. A. (2008). *Prevalência e Incidência de Depressão pós-parto e sua Associação com o apoio social* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco). Recuperado de <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9231>.
- Belo, H. (2006). Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (11), 131-145.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. D. A., & Botega, N. J. (2013). Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1415–1426. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1588635>

- Brasil. *Decreto nº 8.166*, de 25 de Dezembro de 2013. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo, Brasília, DF (2013, 25 dez). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d8166.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8166.htm)
- Brito, C. N. D. O., Alves, S. V., Ludermir, A. B., & de Araújo, T. V. B. (2015). Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Revista de Saude Publica*, 49(33), 1–9. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. & Rennó, J. (2009). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Ver. Psiq. Clin*, 37(6), 278-284. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6>.
- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e Suas Vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43–51. Recuperado de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/134/139>.
- Carvalho, F. A. D., & Moraes, M. D. L. S. (2014). Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. *Psico*, 45(4), 463–474. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15423>
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*, 64(11), 1040–1043. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.64.11.1040>
- Castro, R.; Campero, L. & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_abstract&tlng=es).
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Caderno de Saúde Pública*, 17(4), 887–896. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5294.pdf>.
- Cobb MD, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S. & Wills T. (1985). A Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cruz, E. B. D. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181–188. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>

- Dantas, M. M. C., Araújo, P. C. B., Revorêdo, L. S., Pereira, H. G., & Maia, E. M. C. (2015). Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 129–138. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.11>
- De Brito, A., & Faro, A. (2016). Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 10(1), 64–75. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.24879/201600100010048>
- Durkheim, É. (1977). O suicídio: estudo sociológico (L. C. M. Garrido & J. V. Esteves, trad.). 2. Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., D'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., & Lopes, C. S. (2013). Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. *Maternal and Child Health Journal*, 17(7), 1297–1303. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1127-3>
- Falceto, O. G., Fernandes, C. L., Baratojo, C., & Giugliani, E. R. J. (2008). Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactante. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1034–1040. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600009&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Flanagan, J. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2015). Women's stress, depression, and relationship adjustment profiles as they relate to intimate partner violence and mental health during pregnancy and postpartum. *Psychology of Violence*, 5(1), 66–73. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1037/a0036895>
- Folino, C. S. G. (2008). *Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Recuperado de [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16022009-161643/publico/folino\\_me.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16022009-161643/publico/folino_me.pdf).
- Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing and Health*, 32(1), 50–58. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20306>
- Goldstein, N. D., Rogers, S., & Ehrental, D. B. (2016). The impact of psychosocial stressors on postpartum weight retention. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 691–694. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0613-9>
- Goncalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). 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*, 24(2), 380–390. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência-& Saúde*

*Coletiva*, 16(3), 1755–1769. *Ahead of print*. doi: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>

- Green, A. (1988). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. *São Paulo: Escuta*.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde* (Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4487>.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703–714. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
- Guardino, C. M., Hobel, C. J., Shalowitz, M. U., Ramey, S. L., & Schetter, C. D. (2018). Psychosocial and demographic predictors of postpartum physical activity. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 668–679. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9931-x>
- Guerreiro, E. M., Rodrigues, D. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. D. A. (2014). Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 13–21. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>
- Guimarães, E. da C., & Melo, E. C. P. (2011). Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Escola Anna Nery*, 15(1), 54–61. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100008>
- Husain, N., Parveen, A., Husain, M., Saeed, Q., Jafri, F., Rahman, R. & Chaudhry, I. B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: A cohort study from urban Pakistan. *Archives of Women's Mental Health*, 14(5), 395–403. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0233-3>
- Jesus, C. M. S. de, Jucá, V. J. dos S., & Barbosa, A. dos S. (2014). Maternidade, Sofrimento Psíquico e Redes Sociais. *Revista EPOS*, 5(2), 191–193. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-700X2014000200006&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-700X2014000200006&script=sci_abstract).
- Kerber, S. R., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2011). Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 33(6), 281–287. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000400020>
- Khan, A. M., & Flora, M. S. (2017). Maternal common mental disorders and associated factors: A cross-sectional study in an urban slum area of Dhaka, Bangladesh. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–7. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0129-3>

- Klein, M. (1996). *Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940).
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Leung, T. Y. S., & Chung, T. K. H. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 34–40.
- Lopes, C. S., Faerstein, E. & Chor, D. (2003). Eventos produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Pró-Saúde. *Cad Saude Pública*, 19, 1713-20. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015).
- Lopes, R. de C. S., Prochnow, La. P., & Piccinini, C. A. (2010). A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 295–304. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a08v15n2>.
- Lucchese, R., de Sousa, K., Bonfin, S. P., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm*, 27(3), 200–207. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
- Luft, C. D. B., Sanches, S. de O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 235–239. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1109/EPTC.2003.1298731>
- Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., & Silva, J. M. N. da. (2014). Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 998–1008. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000500998&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000500998&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Mari, J. D. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23–26. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Marques, E.S., Cotta, R. M. M., Magalhães, K.A., Sant’Ana, L.F.R., Gomes, A.P. & Batista, R. S. (2010). A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Cienc. Saúde colet.*, 15(1), 1391-400. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf>.
- Martins, G. D. F., Macarini, S. M., Vieira, M. L., Sachetti, V. A. R., Seidl-de-Moura, M. L., & Bussab, V. S. R. (2009). Cuidado parental e apoio social em mães residentes na capital e interior de Santa Catarina. *Interação Em Psicologia*, 13(1), 25–35. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.5380/psi.v13i1.10947>
- Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*, 16(40), 107–120. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt).

- Mattos, A. de. (2009). *Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
- Morais, A. O. D. de S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. dos S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A. de, ... Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 1–16. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016>
- Morais, M. D. L. S. e, Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 40–50. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>
- Morgado, C. M. da C., Werneck, G. L., & Hasselmann, M. H. (2013). Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 367–376. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200008>
- Moura, D. R., Costa, J. C., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Matijasevich, A., Halpern, R. & Barros, F. C. (2010). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(3), 211–221.
- Ngai, F. W., & Chan, S. W. C. (2011). Psychosocial factors and maternal wellbeing: An exploratory path analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 725–731. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.002>
- Prates, L. A., Schmalfluss, J. M., & Lipinski, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(2), 310–315. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>
- Rapoport, A. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2456>.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio Social e Experiência da Maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, 16(1), 85–96. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf>.
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 215–226. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- Rodrigues, M. M. A. (2009). Suicídio e sociedade: Um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(4), 698–713. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000400006>.

- Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252–257. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>
- Rodrigues, V., Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 2 (Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa), 79–90. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/61007878.pdf>.
- Romagnolo, A. N., Da Costa, A. O., De Souza, N. L., Somera, V. D. C. O., & Gomes, M. B. (2017). A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 38(2), 133. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>
- Ruzzi-pereira, A., & Santos, J. L. F. (2012). Doença Mental Materna, Estilos Parentais e Suporte Social – Estudo das Concepções de Mães e Adolescentes no Interior de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*, 22(1), 73–80. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n1/pt\\_11.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n1/pt_11.pdf).
- Santos, L. M., Amorim, L. D. A. F., Santos, D. N., & Barreto, M. L. (2015). Measuring the level of social support using latent class analysis. *Social Science Research*, 50, 139–146. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.11.009>
- Scheyer, K., & Urizar, G. G. (2016). Altered stress patterns and increased risk for postpartum depression among low-income pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 317–328. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0563-7>
- Schiavo, R. de A. (2011). *Presença de stress e ansiedade em primígestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto*. (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista). Recuperado de [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97483/schiavo\\_ra\\_me\\_bauru.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97483/schiavo_ra_me_bauru.pdf?sequence=1).
- Segato, L., Andrade, A., Vasconcellos, D. I. C., Matias, T. S., & Rolim, M. K. S. B. (2009). Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Revista Da Educação Física/UEM*, 20(1), 121–129. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v20i1.6062>
- Segre, M.; Cohen, C. (Orgs.). (1999). *Bioética*. 2ª ed. São Paulo: EDUSP.
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S. de, & Barros, M. B. de A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2543–2554. Ahead of print. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The Mos Social Support Survey. *Soc. Sci. Med.*, 32(6), 705–714.



- Silva, A. P. C., Pizeta, F. A., & Loureiro, S. R. (2016). Stressors and Perceived Social Support in Women/Mothers with Depression. *Psico-USF*, 21(3), 583–594. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210312>
- Silva, B. T., Santiago, L. B., & Lamonier, J. A. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: Uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(1), 122–130. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>
- Silveira, M. L., Pekow, P. S., Dole, N., Markenson, G., & Chasan-Taber, L. (2013). Correlates of high perceived stress among pregnant hispanic women in western massachusetts. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), 1138–1150. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1106-8>
- Simioni, A. dos S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 645–651. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500003&script=sci_abstract).
- Souza, W. P. da S., Maia, E. M. C., Oliveira, M. A. M., Morais, T. I. S., Cardoso, P. S., Lira, E. C. S. de, & Melo, H. M. dos A. (2016). Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. *Boletim de Psicologia*, 66(144), 47–59. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0006-59432016000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0006-59432016000100006).
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V. & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 43(2), 476-493.
- Szejer, M.; Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira MA, Nitschke RG, Silva LWS. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. *Rev Kairós*. 2011; 14(3), 205-221. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6501/4713>
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. de C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. Saúde Coletiva*, 20(4), 416–426. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400003>
- Veríssimo, S. M. A. C. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse em puérperas* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias). Recuperado de [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1261/Capas\\_S%C3%B3nia\\_Ver%C3%ADssimo%2C\\_20080842.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1261/Capas_S%C3%B3nia_Ver%C3%ADssimo%2C_20080842.pdf?sequence=1).
- Vieira, V., Vieira, M. L., & Prado, A. B. (2011). Apoio social: percepção materna em contextos com diferentes graus de urbanização. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 209–217. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/02.pdf>.

- Wardini, É. B. (2013). *Apoio Social e Aleitamento Materno: Um Estudo em Unidades de Atenção Básica à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro* (Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira). Recuperado de [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8014/1/%C3%89rica\\_Wardini%20iff\\_mest\\_2013.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8014/1/%C3%89rica_Wardini%20iff_mest_2013.pdf).
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zanini, D. S., Peixoto, E. M., Nakano, T. C. (2018). Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. *Temas Em Psicologia*, 26(1), 387–399. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>
- Zanini, D. S., Verolla-Moura, A., & Queiroz, I. P. A. R. (2009). Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 195-202. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a23v14n1.pdf>.
- Zhang, H., Shao, S., Su, Q., Yao, D., Sun, H., Ding, D., Dang, S., Wang, S., Zhu, Z., Li, H. (2018). Involvement of prolactin in newborn infant irritability following maternal perinatal anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 238(January), 526–533. *Ahead of print*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.080>

APÊNDICE A – Questionário de Avaliação 1

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**Instituto de Psicologia**

*“Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com Transtorno do espectro do autismo a problemas do desenvolvimento”*

**Questionário**  
**Avaliação 1 N° \_\_\_\_**

**Horário de início: \_\_\_\_: \_\_\_\_**

**Horário de término: \_\_\_\_: \_\_\_\_**

## PASSO A PASSO – 1º DIA

- a- À pessoa entrevistada e aos demais familiares interessados, **apresentar brevemente a avaliação** (instituição à qual a pesquisa é vinculada e os objetivos) e o tempo aproximado de duração, garantir sigilo das informações colhidas e se comprometer com uma devolutiva relativa às condições de desenvolvimento do bebê, ao final da análise dos dados.
- b- Pedir a leitura e assinatura do **termo de consentimento livre e esclarecido**.
- c- Completar os **dados sobre a mãe** e da criança autista.
- d- Aplicar a **CARS**.
- e- Aplicação do **questionário à mãe**. Neste momento, seria ideal que outra pessoa pudesse ficar com a criança, para que a mãe ficasse o mais confortável e disponível possível para responder às questões formuladas. Caso isto não seja possível, tentar promover um ambiente no qual a mãe possa se sentir mais à vontade. (Ex: Apresentando brinquedos à criança, perguntando à mãe se tem alguma atividade ou algum objeto que pudesse entreter a criança enquanto ela responde ao questionário).
- f- Combinar a forma de contato a ser estabelecida para **agendamento da próxima** etapa.

- 1- Número do questionário: \_\_\_\_\_
- 2- Local da aplicação: 0- São Paulo ( ) 1-Guarulhos ( ) 2-Ribeirão Preto ( ) 3-São Carlos ( )  
Nome do serviço: \_\_\_\_\_
- 3- Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_
- 4- Data da entrevista:    /    /
- 5- Nome do cuidador informante: \_\_\_\_\_
- 6- Nome da criança: \_\_\_\_\_
- 7- Nome do bebê: \_\_\_\_\_

### DADOS DO CUIDADOR INFORMANTE

- 8- Qual é o seu vínculo com o bebê? 0-Mãe ( ) 1-Pai ( ) 2-Avó ( ) 3-Avô ( ) 4-Outros ( )  
Quem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8A- Qual é o seu vínculo com a criança? 0-Mãe ( ) 1-Pai ( ) 2-Avó ( ) 3-Avô ( ) 4-Outros ( ) Quem?  
\_\_\_\_\_
- 8B- Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_ anos
- 9- Qual a data de seu nascimento?    /    /
- 10- Qual o seu endereço? \_\_\_\_\_
- 11- Qual o seu telefone? \_\_\_\_\_
- 12- Você tem email? 1- Sim ( ) 0-Não ( ) Qual é? \_\_\_\_\_
- 13- Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_
- 14- Qual é a idade deles? [Marcar a(s) criança(s) com TEA]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15- Algum de seus filhos é adotivo? 1- Sim ( ) 0- Não ( )  
Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**16- Você estudou?** 1-Sim ( ) 0- Não ( )

Se sim, até que ano?

0- Não sabe ( )

1- Fundamental incompleto ( )

2- Fundamental completo ( )

3- Ensino Médio incompleto ( )

4- Ensino Médio completo ( )

5- Ensino Superior incompleto ( )

6- Ensino Superior completo ( )

**17- Você trabalha atualmente?**

1- Trabalha ( )

2- Desempregado ( )

3- Aposentado ( )

4- Do lar ( )

5- Outros ( ) \_\_\_\_\_

**18- Qual é a sua renda? R\$ \_\_\_\_\_**

**19- Os pais do bebê são os mesmos da criança com TEA?** 1- Sim ( ) 0- Não ( )

**20- Os pais do bebê vivem juntos?** 1- Sim ( ) 0- Não ( )

**21-Sobre o outro cuidador. Ele estudou?** 1- Sim ( ) 0- Não ( )

Se sim, até que ano?

- 0- Não sabe ( )
- 1- Fundamental incompleto ( )
- 2- Fundamental completo ( )
- 3- Ensino Médio incompleto ( )
- 4- Ensino Médio completo ( )
- 6- Ensino Superior incompleto ( )
- 7- Ensino Superior completo ( )

**22- Ele trabalha?**

- 1- Trabalha ( )
- 2- Desempregado ( )
- 3- Aposentado ( )
- 4- Do lar ( )
- 5- Outros ( ) \_\_\_\_\_

**23- Qual é a renda dele? R\$ \_\_\_\_\_**

**24- Algum familiar do bebê apresenta problema de saúde importante?**

1-Sim ( ) 0- Não ( )

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**25- Quem mora na casa? \_\_\_\_\_**

**DADOS DO IRMÃO MAIS VELHO**

**26- Qual o nome do seu filho(a)? \_\_\_\_\_**

**27- Quantos anos ele tem? \_\_\_\_\_ anos**

**28- Se o filho mais velho for autista, perguntar: Qual idade ele tinha quando foi diagnosticado com TEA? \_\_\_\_\_ anos**

**29- Ele toma algum medicamento para isso atualmente?** 1- Sim ( ) 0- Não ( )

Qual (Quais)? \_\_\_\_\_

## 30- CARS-CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

### 30.1 RELAÇÕES PESSOAIS

1	Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico.
1,5	
2	Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímido, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pai um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade
2,5	
3	Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo.
3,5	
4	Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.

**Observações:**

### 30.2 IMITAÇÃO

1	Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade.
1,5	
2	Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso.
2,5	
3	Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; freqüentemente imita apenas após um tempo (com
3,5	
4	Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.

**Observações:**

### 30.3 RESPOSTA EMOCIONAL

1	Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta.
1,5	
2	Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. As vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor.
2,5	
3	Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção.
3,5	
4	Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas a situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.

**Observações:**



## 30.4 USO CORPORAL

1	Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.
1,5	
2	Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos
2,5	
3	Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.
3,5	
4	Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.

**Observações:**

## 30.5 USO DE OBJETOS

1	Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada.
1,5	
2	Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo).
2,5	
3	Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, torna-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele.
3,5	
4	Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior freqüência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.

**Observações:**

## 30.6 RESPOSTA AMUDANÇAS

1	Respostas à mudança adequadas a idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva.
1,5	
2	Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais.
2,5	
3	Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada.
3,5	
4	Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.

**Observações:**

## 30.7 RESPOSTA VISUAL

1	Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto
1,5	
2	Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos
2,5	
3	Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada freqüentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos.
3,5	
4	Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.

**Observações:**

## 30.8 RESPOSTA AUDITIVA

1	Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos.
1,5	
2	Respostas auditivas levemente anormal: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons
2,5	
3	Respostas auditivas moderadamente anormal: As respostas da criança aos sons variam. Freqüentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano.
3,5	
4	Respostas auditivas gravemente anormal: A criança reage exageradamente e/ou ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.

**Observações:**

## 30.9 RESPOSTA E USO DO PALADAR, OLFATO E TATO

1	Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia-a-dia, a criança expressa desconforto mas não reage exageradamente.
1,5	
2	Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto.
2,5	
3	Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco.
3,5	
4	Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos

**Observações:**

## 30.10 MEDO OU NERVOSISMO

1	Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade.
1,5	
2	Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante.
2,5	
3	Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação
3,5	
4	Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.

**Observações:**

## 30.11 COMUNICAÇÃO VERBAL

1	Comunicação verbal normal, adequada a idade e à situação.
1,5	
2	Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente.
2,5	
3	Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular.
3,5	
4	Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.

**Observações:**

## 30.12 COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

1	Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação.
1,5	
2	Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja.
2,5	
3	Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros.
3,5	
4	Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.

**Observações:**

## 30.13 NÍVEL DE ATIVIDADE

1	Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante.
1,5	
2	Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco —preguiçosa, apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho.
2,5	
3	Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se.
3,5	
4	Nível de atividade gravemente anormal: A criança exibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.

**Observações:**

## 30.14 NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

1	A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns.
1,5	
2	Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as
2,5	
3	Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém, a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais.
3,5	
4	Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.

**Observações:**

## 30.15 IMPRESSÕES GERAIS

1	Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.
1,5	
2	Autismo leve: a criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo.
3,5	
4	Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo

**Observações:****Escore por categoria**

I	I	II	I	V	V	VI	VII	I	X	X	XI	XII	XI	X	Tota

Resultado:

15-30: sem autismo

30-36: autismo leve-moderado

36-60: autismo grave

## INQUÉRITO COM A MÃE/CUIDADOR

### 31. ESCALA DE APOIO SOCIAL

Pergunt	Categoria de Classificação
Dimensão de apoio material	
<b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>	
<b>31.1</b> Que a ajude, se ficar na cama?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.2</b> Para levá-la ao médico?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.3</b> Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.4</b> Para preparar suas refeições, se não puder prepará-las?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
Dimensão de apoio emocional	
<b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>	
<b>31.5</b> Para ouvi-la se precisar falar?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.6</b> Em quem confiar ou para falar de vocês e sobre seus problemas?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.7</b> Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.8</b> Que compreenda seus problemas?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
Dimensão de apoio de informação	
<b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>	

<b>31.9</b> Para dar bons conselhos em situação de crise?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.10</b> Para dar informação que o ajude a entender determinada situação?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.11</b> De quem você realmente quer conselhos?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.12</b> Para dar sugestões de como lidar com problema pessoal?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
Dimensão de apoio afetivo	
<b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>	
<b>31.13</b> Que demonstre amor e afeto por você?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.14</b> Que lhe dê um abraço?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.15</b> Que você ame e que faça você se sentir querido?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
Dimensão de apoio para interação social positiva	
<b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>	
<b>31.16</b> Para se divertir junto?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.17</b> Com quem relaxar?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

<b>31.18</b> Com quem distrair a cabeça?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
<b>31.19</b> Com quem fazer coisas agradáveis?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

### 32- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SE REFEREM A SEUS SENTIMENTOS E PENSAMENTOS DURANTE O ÚLTIMO MÊS. EM CADA CASO, SERÁ PEDIDO PARA VOCÊ INDICAR O QUÃO FREQUENTEMENTE VOCÊ TEM SE SENTIDO DE UMA DETERMINADA MANEIRA. EMBORA ALGUMAS DAS PERGUNTAS SEJAM SIMILARES, HÁ DIFERENÇAS ENTRE ELAS E VOCÊ DEVE ANALISAR CADA UMA COMO UMA PERGUNTA SEPARADA. A MELHOR ABORDAGEM É RESPONDER A CADA PERGUNTA RAZOAVELMENTE RÁPIDO. PARA CADA PERGUNTA, ESCOLHA AS SEGUINTE ALTERNATIVAS: 0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
32.1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
32.2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
32.3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
32.4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da sua vida?	0	1	2	3	4
32.5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
32.6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
32.7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
32.8	Você tem achado que não conseguiria lidar com as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
32.9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
32.10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
32.11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
32.12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
32.13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
32.14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4



### 32- SELF REPORTING QUESTIONAIRE (SRQ-20)

ESTAS QUESTÕES SÃO RELACIONADAS A CERTAS DORES E PROBLEMAS QUE PODEM TER LHE INCOMODADO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. SE VOCÊ ACHA QUE A QUESTÃO SE APLICA A VOCÊ E VOCÊ TEVE O PROBLEMA DESCRITO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS RESPONDA SIM. POR OUTRO LADO, SE A QUESTÃO NÃO SE APLICA A VOCÊ E VOCÊ NÃO TEVE O PROBLEMA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, RESPONDA NÃO.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
33.1 Você tem dores de cabeça frequentes?	( )	( )
33.2 Tem falta de apetite?	( )	( )
33.3 Dorme mal?	( )	( )
33.4 Assusta-se com facilidade?	( )	( )
33.5 Tem tremores de mão?	( )	( )
33.6 Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	( )	( )
33.7 Tem má digestão?	( )	( )
33.8 Tem dificuldade para pensar com clareza?	( )	( )
33.9 Tem se sentido triste ultimamente?	( )	( )
33.10 Tem chorado mais do que de costume?	( )	( )
33.11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	( )	( )
33.12 Tem dificuldades para tomar decisões?	( )	( )
33.13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	( )	( )
33.14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	( )	( )
33.15 Tem perdido o interesse pelas coisas?	( )	( )
33.16 Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	( )	( )
33.17 Tem tido ideias de acabar com a vida?	( )	( )
33.18 Sente-se cansado(a) o tempo todo?	( )	( )
33.19 Tem sensações desagradáveis no estômago?	( )	( )
33.20 Cansa-se com facilidade?	( )	( )

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Dra. Julia Garcia Durand, (pesquisadora de pós-doutorado do Instituto de Psicologia da USP, End: Av Prof Mello Moraes, 172 cep 05508-030, tel 999507416, email: [juliadurand@usp.br](mailto:juliadurand@usp.br)) convido \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_,

a participar de um estudo denominado “*Avaliação de intervenção na interação entre pais e bebês irmãos de crianças com transtornos do espectro do autismo*”, supervisionado pelo professor Rogério Lerner. Seu objetivo é avaliar os efeitos de um modelo de intervenção promotora de melhora das condições de saúde mental dos pais, desenvolvimento do bebê e, conseqüentemente, da interação entre eles. O estudo será realizado por meio de entrevistas com você e de filmagens de sua interação com seu bebê.

Asseguro que sua privacidade e a do seu filho (a) serão respeitadas, ou seja, seus nomes ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar vocês, serão mantidos em sigilo.

Informo também, que vocês poderão se recusar a participar do estudo ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Garanto que, no caso de desejar sair da pesquisa, vocês não sofrerão nenhum tipo de prejuízo.

Comprometo-me a deixar livre o acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que vocês possam querer saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. É assegurada orientação e encaminhamento a serviços que possam garantir assistência a você e ao seu filho (a), caso esta seja necessária.

Comunico que a participação na pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco nem para você nem para seu filho (a). Pode ocasionar somente o possível desconforto de responder às perguntas sobre o desenvolvimento do seu filho (a). Comunico também, que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela sua participação.

Peço a sua autorização para a publicação dos dados obtidos em eventos científicos e acadêmicos, sempre assegurando o sigilo quanto às identidades.

Enfim, após orientá-los sobre o teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e objetivo do já referido estudo, peço que vocês se manifestem quanto ao interesse e livre consentimento em participar da pesquisa.

Este termo será emitido em duas vias assinadas por você e por mim, pesquisadora, sendo uma cópia para cada parte.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

---

*Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e responsável pelo bebê participante.*

---

*Nome e assinatura da pesquisadora responsável*

Caso haja dúvidas e denúncias quanto a questões éticas, entrar em contato com o **Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da USP** na Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, E-mail: [ceph.ip@usp.br](mailto:ceph.ip@usp.br) - Telefone: (11) 3091-4182. Também é possível acessar o **Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo**: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) / 11- 3397246