



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Ellen Ingrid Souza Aragão

**Rede de apoio e discriminação: as diferentes associações com o adoecimento físico e mental em pacientes da Estratégia de Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2016

Ellen Ingrid Souza Aragão

**Rede de apoio e discriminação: as diferentes associações com o adoecimento físico e mental em pacientes da Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Lúcia Lima Correia Fortes

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

A695 Aragão, Ellen Ingrid Souza

Rede de apoio e discriminação: as diferentes associações com o adoecimento físico e mental em pacientes da Estratégia de Saúde da Família / Ellen Ingrid Souza Aragão – 2016.

142 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Lúcia Lima Correia Fortes

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Transtornos mentais – Teses. 3. Doenças crônicas – Teses. 4. Desigualdades em saúde. 5. Inquéritos e questionário. I. Fortes, Lúcia Lima Correia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ellen Ingrid Souza Aragão

**Rede de apoio e discriminação: as diferentes associações com o adoecimento físico e mental em pacientes da Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 13 de janeiro de 2016.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Sandra Lúcia Lima Correia Fortes  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Sichieri  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Rodrigues Campos  
Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2016

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai (Antônio Lima Aragão) que trabalhou durante toda a sua vida para me conceder a oportunidade de realizar os sonhos que nós dois sonhamos juntos. E mesmo na batalha contra o câncer, em todos os momentos, me incentivou a não desistir do mestrado, nem da vida, nem dos sonhos. Se eu consegui chegar até aqui, foi a forma que encontrei de honrar os seus ensinamentos e seus esforços. Em cada uma dessas páginas estão impressas a força, a garra, a coragem, a honestidade, a determinação, o capricho e a dedicação que aprendi com ele.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que com sua boa mão me amparou e foi meu suporte em todas as circunstâncias. Concluir essa dissertação foi uma experiência de persistência e dedicação constantes, possibilitada pela graça e força por ele concedidas nos dias tenebrosos, nas madrugadas frias, nas tardes saudosas e nas manhãs desafiadoras. Obrigada Deus.

Ao meu pai, Antônio Lima Aragão, que não vai ler esse agradecimento, mas que sempre foi a pessoa que me deu todo o apoio e incentivo na caminhada acadêmica. Pai você estará sempre vivo no meu coração, em meus pensamentos, sonhos, atitudes, escolhas, em tudo. Sua morte não apaga nada do que a gente viveu e do que você me ensinou. Eu sempre vou te amar por toda a minha vida.

Um agradecimento todo especial às pessoas mais importantes da minha vida, ao meu alicerce, à minha família. Pelo carinho, compreensão, disponibilidade, apoio, incentivo e zelo que sempre tiveram por mim. É claro que nenhuma conquista vai apagar a dor que estamos sentindo pela morte de Painho. Mas saibam que mesmo quando não pudermos sorrir juntos, vamos nos manter unidos e fazer o que puder ser feito, porque o principal significado da minha vida está em ser uma parte de vocês. Mainha, Hutã, Carla, Wendell e Evellin (bebê), Yago, Natã, Nathália, Isabella, Isadora, Felipe, Luiza, Barbosa, Nininha, Lucilia, Gabi, e tio Waltinho. Vocês são os melhores; qualquer coisa que eu dissesse não seria suficiente para expressar minha gratidão por tudo que vocês são para mim. Eu os amo muito mais do que possam imaginar.

Agradeço aos meus tios, primos e a minha madrinha Nara por todo o apoio e incentivo que me fortaleceu e encorajou a completar esta etapa.

A minha mestre Sandra Fortes, antes de tudo pela compreensão com que ajudou a cuidar do meu pai e não desistir do mestrado. Sua colaboração foi imprescindível. Eu decidi voltar para o Rio de Janeiro e continuar a caminhada, por saber que existia um anjo me esperando e incentivando a prosseguir. Esse anjo é você Sandra, sua história me inspira, seu envolvimento com o trabalho e com as pessoas de quem você cuida me ensinam diariamente que é possível construir um mundo melhor. A sua dedicação com as pesquisas me mostra como é importante saber comunicar as descobertas. Obrigada pela disponibilidade e assistência na construção deste estudo.

À Mônica Campos pelas valiosas contribuições desde a banca de qualificação até os momentos mais dolorosos, nos quais pude contar com suas palavras doces e sábias. Obrigada

também por ser o membro da banca mais disposto a encontrar uma data viável nessas milhares de tentativas.

Aos meus companheiros de aventura, Janete, Anna Paula, Marcos e Flávia com os quais pude dividir o desafio de compreender, analisar e discutir rede de apoio e discriminação. Vocês foram essenciais, muito obrigada.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram sendo a minha rede de apoio, aqui no Rio de Janeiro: meus amigos do LIPAPS (Adriana, Alice, Angela, Andreza, Bianca Souza, Bianca Sagesse, Bruna, Celina, Débora, Eloá, Jéssica, Juliana, Karen, Kali, Sandra I e Vânia), aos amigos da Psicologia Médica (Elizabeth, Janete, Mariah *in memória*, Lizete, Kátia, Marlon e Giza), aos amigos do PETSEX (Regina, Roseli, Cláudia, Mauro, Thais, José e Euclides) e em especial a todas as mulheres que fazem parte do Projeto Mulheres da 2.2 por me mostrarem que a promoção da saúde é um trabalho possível e encantador, obrigada por terem entrado para a minha rede de apoio.

Aos meus amigos de perto e de longe, cada um de vocês sabe como participou desse momento da minha vida e sua importância para a minha caminhada durante o mestrado.

Aos amigos da Aliança Bíblica Universitária “ABU Carioca” que por tantas vezes me apoiaram e incentivaram, em especial ao grupo da ABU na UERJ pois nos momentos que pensei em desistir, vocês me concederam forças para ir e vir mais uma vez, pra continuar acreditando, para confiar nos planos de Deus. Obrigada amigos em vocês eu tenho um tesouro.

Quero agradecer em especial a Marcelle Ferreira. Muito mais que uma amiga, você tem sido uma irmã e parceira, seja para me fazer rir quando só quero chorar ou para ler comigo páginas e páginas corrigindo os meus erros de pontuação. Amiga obrigada por tudo.

Aos meus amigos Tiago, Eliane, Márcio e Patrícia, Gregório e Cintia, Beatriz, Genesis e Tatiane, Laisa, Bruna, Jamily, Ellen Dayane, Stefanie, Rossana, Andreza, Késia, Camilla F, Elenice, Késsia, Tia Val e família que seguraram firme em minhas mãos, cuidaram do meu pai e/ou cuidaram de mim quando eu estava assustada, triste e preocupada. O apoio de cada um de vocês me transmitiu a segurança necessária para chegar até aqui. Eu entrei para o mestrado uma Ellen Aragão e saio dele outra pessoa, completamente diferente. Eu sobrevivi a toda tempestade que enfrentei graças a vocês que navegaram comigo essas águas revoltas.

*“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida”.*

Cicely Saunders

## RESUMO

ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza. *Rede de apoio e discriminação: as diferentes associações com o adoecimento físico e mental em pacientes da Estratégia de Saúde da Família*. 2016. 142 f. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este trabalho buscou investigar a associação entre a rede de apoio e a experiência de discriminação ao adoecimento físico (hipertensão, diabetes e obesidade) e psíquico (ansiedade, depressão, transtorno depressivo-ansioso), no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo. O presente estudo utilizou como fonte de informação o banco de dados de uma pesquisa realizada anteriormente intitulada *Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrals na prática do matriciamento*. O banco de dados foi montado com a coleta de dados da referida pesquisa, sendo o nosso “n” composto de 1.466 respondentes. Para aferir o diagnóstico de doença física, foi preenchido um questionário pelo médico/enfermeiro; para detecção dos transtornos mentais, foi utilizado o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*; para constatar o tipo de rede de apoio, foi utilizado o questionário geral. Neste último, aferiu-se a quantidade de amigos e parentes com os quais puderam contar em situações difíceis, a participação em atividades religiosas e de lazer coletivas e em trabalhos voluntários e reuniões em grupos comunitários. Para descrever a rede de apoio, foi utilizado o *Índice de Rede Social (IRS)* por meio das categorias: *isolamento* e *integração*. Para aferir a discriminação, foi utilizado o questionário geral que coletou dados sobre a percepção do participante sobre discriminação. Os dados foram analisados no programa estatístico *SPSS 17*. Observou-se a distribuição de frequência de cada variável, posteriormente, a realização da distribuição conjunta de frequências - incluindo as frequências relativas (porcentagens). Tais frequências foram calculadas em relação ao número total de participantes. Calculou-se também as prevalências gerais de cada uma das variáveis (com intervalos de confiança a 95%) incluindo os dados sociodemográficos, econômicos, e tipo de diagnósticos apresentados. Realizaram-se análises bivariadas por meio do qui-quadrado, associando as variáveis do *Índice de Rede Social* (isolamento e integração) aos desfechos: hipertensão, diabetes, obesidade, ansiedade e depressão, aferindo os valores de p. Nos resultados, verificou-se que o padrão da rede de apoio foi diferente entre as doenças físicas e os transtornos mentais. Detectaram-se associações negativas estatisticamente significativas do diabetes com o isolamento e da integração com ter ansiedade/depressão/transtorno depressivo-ansioso. Já as associações do isolamento com ter ansiedade/depressão/transtorno depressivo-ansioso foram positivas. Acerca da investigação sobre a experiência de discriminação e sua associação com a saúde, verificou-se que o padrão de associação foi diferente entre os diagnósticos de hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão. As associações que ocorreram entre a discriminação e a hipertensão foram negativas, ao passo que, as associações entre a discriminação com obesidade, ansiedade e depressão foram todas positivas. Todas as acima referidas foram estatisticamente significativas. Diante dos resultados aponta-se para a necessidade de observação e intervenção destes fatores no atendimento a pacientes da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Transtornos Mentais Comuns; rede de apoio; Discriminação; Atenção Primária.

## ABSTRACT

ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza. *Network support and discrimination: the different associations with the physical and mental illness in patients of the Family Health Strategy*. 2016. 142 f. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This study aimed to investigate the association between the support network and the experience of discrimination to physical illness (hypertension, diabetes and obesity) and psychological (anxiety, depression, depressive-anxiety disorder) in the context of the Family Health Strategy (FHS) in the municipalities of Rio de Janeiro and Sao Paulo. The present study used as a source of information the database from a previous search entitled Evaluation of a training model of mental health in primary care: comprehensive care in the practice of specialist orientation. The database was set up to collect data of that survey, to be our "n" composed of 1,466 respondents. To assess the diagnosis of physical illness, was completed a questionnaire by the doctor / nurse; for detection of mental disorders, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) was used; to find the kind of support network, we used the general questionnaire. In the latter, we have measured the amount of friends and relatives with whom they could count in difficult situations, participation in religious activities and collective leisure and volunteer work and meetings in community groups. To describe the support network, we used the Social Network Index (IRS) through the following categories: isolation and integration. To assess the discrimination, we used the general questionnaire that collected data on the perception of participants on discrimination. Data were analyzed in the SPSS 17. We observed the frequency distribution for each variable subsequently carrying out the joint distribution of frequencies - including the relative frequencies (percentages). These frequencies were calculated relative to the total number of participants. It also calculated the overall prevalence of each variable (with confidence intervals to 95%) including demographic data, economic, and type of diagnoses presented. There were bivariate analysis using the chi-square, linking the variables of Social Networking Index (isolation and integration) the outcomes: hypertension, diabetes, obesity, anxiety and depression, assessing the values of p. In the results, it was found that the pattern of support network was different between physical illness and mental disorders. They detected a statistically significant negative associations with diabetes isolation and integration with having anxiety / depression / depressive-anxiety disorder. As for the isolation of associations with having anxiety / depression / depressive-anxiety disorder were positive. About research on the experience of discrimination and its association with health, it was found that the pattern of association was different between the diagnoses of hypertension, obesity, anxiety and depression. The associations that occurred between discrimination and hypertension were negative, whereas the association between discrimination on obesity, anxiety and depression were all positive. All the above were statistically significant. Given the results point to the need for observation and intervention of these factors in patient care of the Family Health Strategy.

Keywords: Chronic Diseases; Common Mental Disorders; Support Network; Discrimination; Primary Health Care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição sociodemográfica da amostra. RJ e SP, 2010.....	46
Tabela 2	Distribuição das Doenças na amostra. RJ e SP. 2010.....	47
Tabela 3	Desfechos em saúde e associação com variáveis da Rede de Apoio. RJ e SP. 2010.....	48
Tabela 4	Variáveis da rede de apoio e associação com transtornos mentais. RJ e SP. 2010.....	49
Tabela 5	Pontuação do Índice de Rede Social e classificação. RJ e SP, 2010.....	51
Tabela 6	Associação entre a rede de apoio e os desfechos em saúde. RJ e SP. 2010.	52
Tabela 7	Associação entre doenças crônicas e transtornos mentais. RJ e SP. 2010...	54
Tabela 8	Classificação das doenças crônicas em níveis de gravidade. RJ e SP. 2010	55
Tabela 9	Frequência do tipo de discriminação RJ e SP. 2010.....	56
Tabela 10	Distribuição das causas para discriminação na categoria outros. RJ e SP. 2010.....	56
Tabela 11	Associação entre discriminação e desfechos em saúde. RJ e SP. 2010.....	57
Tabela 12	Associação entre discriminação especificada com doença física. RJ e SP. 2010.....	58
Tabela 13	Associação entre discriminação especificada com TMC. RJ e SP. 2010....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	- Determinantes Sociais da Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FCM/UERJ	- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
HAD	- Anxiety and Depression Scale Hospital
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IRS	- Índice de Rede Social
LGBT	- Lésbicas Gays Travestis Transexuais e Transgêneros
OMS	- Organização Mundial da Saúde
TMC	- Transtorno Mental Comum

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	- Porcentagem
$+$	- Soma
$=$	- Igualdade
$\alpha$	- Alfa
$\Sigma$	- Somatório
$>$	- Menor que
$\geq$	- Menor ou igual
$<$	- Maior que
$\leq$	- Maior ou igual

## SUMÁRIO

4	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1-2	<b>OBJETIVOS</b> .....	38
2.1	<b>Geral</b> .....	38
2.2	<b>Específicos</b> .....	38
3	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	39
3.1	<b>Desenho do estudo e a amostra</b> .....	39
3.2	<b>Instrumentos e Variáveis</b> .....	40
3.2.1	Questionário Geral.....	40
3.2.2	Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD .....	40
3.2.3	Questionário para o médico e enfermeiro.....	41
3.3	<b>Construção das Variáveis</b> .....	41
3.4	<b>Análises Estatísticas</b> .....	44
3.5	<b>Aspectos éticos</b> .....	45
4	<b>RESULTADOS</b> .....	46
4.1	<b>Rede de apoio, adoecimento físico e psíquico</b> .....	51
4.2	<b>Associações entre doenças físicas e transtornos mentais</b> .....	54
4.3	<b>Associações entre discriminação, adoecimento físico e psíquico</b> .....	56
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	62
5.1	<b>Artigo 1</b> .....	63
5.2	<b>Artigo 2</b> .....	85
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	107
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
	ANEXO A – Questionário Geral .....	119
	ANEXO B – Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD.....	137
	ANEXO C – Formulário para o Médico e Enfermeiro.....	138
	ANEXO D – Comprovação de submissão do 1º Artigo Científico.....	142

## INTRODUÇÃO

No processo saúde-doença existem fatores individuais e coletivos que predisõem os sujeitos ao adoecimento. Entre os individuais estão, hábitos de vida e fatores genéticos, entre os comunitários, as condições de vida, o acesso aos serviços de saúde e a presença da rede de apoio. A saúde, portanto, sofre influência dos fatores psicológicos, sociais, ambientais e físicos (Buss & Pellegrini, 2007). Pesquisadores do suporte social têm questionado a possibilidade de o suporte ofertado pela rede de apoio constituir um fator de proteção das pessoas frente a uma variedade de doenças e crises, desde o baixo peso ao nascer, até a morte, melhorando os sintomas relacionados às várias doenças, entre elas, tuberculose e depressão (FAQUINELLO & MARCON, 2011; FORTMANN *et al.*, 2010).

A detecção da interferência desses fatores na saúde da população é facilitada na esfera da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que esse é um modelo de atenção que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde, através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde (Oliveira e Pereira, 2013; Connil,2008). A aproximação entre os profissionais de saúde e a população atendida, característicos deste modelo de atenção à saúde, possibilita o aparecimento de queixas anteriormente camufladas e/ou mal atendidas. Os profissionais de saúde que compõem as equipes da ESF são procurados por pacientes que além de alívio de sintomas físicos, buscam alívio de queixas relacionadas ao sofrimento difuso, e de outros problemas que enfrentam (CAMPOS,*et al.* 2011).

A Estratégia de Saúde da Família é uma proposta da Atenção Primária a Saúde (APS) que consiste num modelo de mudança da prática Clínico-Assistencial dos profissionais de saúde, orientada por atributos essenciais, tais como: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A proposta da ESF é centrar a atenção à saúde na família, compreendida em seu contexto físico e social, permitindo aos profissionais um contato direto com as condições de vida e de saúde da população, ampliando assim, a compreensão dos profissionais acerca do processo saúde-doença e despertando-os para ações que vão além das intervenções curativas. Essa prática contempla dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural favorecendo o reconhecimento das necessidades levando em conta o contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013; MENDES, 2012; CONILL, 2008).

A concepção de APS adotada no Brasil surgiu no relatório de Dawson, fruto do debate acerca de mudanças no sistema de proteção a saúde que possibilitassem organizar o fornecimento de serviços de saúde no Reino Unido (Dawson, 1964). Este preconizou a organização do sistema de saúde em vários níveis: serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino. O relatório designou as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles (Mendes, 2012). É importante ressaltar que a APS não se trata de um conjunto de ações em saúde de baixa complexidade dedicada à população de baixa renda, ao contrário, ela busca resgatar o caráter universalista e integralista do sistema atenção de saúde (Conill, 2008).

O Brasil vivencia um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, pesquisas têm verificado queda relativa das condições de saúde agudas e aumento relativo das condições crônicas. Essa tendência se confirma devido a prevalência significativa dos *Determinantes Sociais da Saúde* (DSS) unidos ao comportamento e estilo de vida da população, tais como: sedentarismo, tabagismo, uso excessivo açúcares, gorduras, de álcool e outras drogas (Mendes, 2012).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são altamente prevalentes, têm alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e mundial ocasionando em longo prazo, complicações irreversíveis e doenças como: neuropatia, nefropatia, retinopatia, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e infecções (Brasil, 2004; Malta *et al*, 2014). No Brasil, as principais causas de internações no *Sistema Único de Saúde* (SUS) entre adultos são: insuficiência cardíaca, derrame, isquemia cerebral, doenças respiratórias, diabetes e hipertensão (Brasil, 2001; Brasil, 2006; Freitas e Garcia, 2012). A hipertensão e o diabetes estão entre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo esta a primeira causa de morbimortalidade na população brasileira (Henrique *et al*, 2008).

Outro problema de saúde pública que tem afetado os brasileiros diz respeito ao sobrepeso e a obesidade. A prevalência de adultos com excesso de peso no Brasil foi 48,1% em 2010 (Brasil, 2006). No Rio de Janeiro, a frequência de excesso de peso foi de 52,7%. A magnitude dessa doença e a evolução das prevalências em vários países do mundo, entre eles o Brasil, tem despertado o interesse de pesquisas e intervenções voltadas para esse grupo. Atualmente 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos, as regiões Sul e Sudeste têm as prevalências mais altas (Szwarcwald *et al*, 1999).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro aponta a evolução dos indicadores de saúde proporcionais ao crescimento do número de equipes da estratégia de saúde da família entre os anos de 2000 e 2010 (Magnago, *et al* 2003). Porém a taxa de mortalidade por diabetes no Brasil

apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009, no Rio de Janeiro. Nesse período, as taxas foram superiores às da região Sudeste e do Brasil. Os indicadores de internações por diabetes e hipertensão essencial, entre os anos de 2000 e 2010, foram respectivamente 41 e 31% (Brasil, 2011).

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) no contexto da ESF são prevalentes, variando entre 38 e 56% (fortes, 2004; Fortes *et al*, 2008; Fortes *et al*, 2011) Em estudo multicêntrico brasileiro realizado na APS Gonçalves *et al*. (2014) verificou a prevalência, de ansiedade e depressão respectivamente: Rio de Janeiro, 35,4% e 25,0%; São Paulo, 39,5% e 25,3%. Tavares *et al* (2013), em pesquisa realizada na ESF, verificou que a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental foi de 19,48%. Destes, 43% apresentaram sofrimento psíquico, 34,7% apresentaram transtorno mental grave e 19,5% transtorno mental comum leve/moderado.

A relevância dos aspectos psicológicos no processo saúde-doença tem sido tema de pesquisas na investigação dos fatores associados às doenças crônicas. O baixo apoio social e o *Transtorno Mental Comum* (TMC) estiveram entre as variáveis psicológicas e sociais consideradas fatores preponderantes para o desenvolvimento do diabetes (Roselló e Maysonet, 2006). Pesquisas detectaram também associações entre o diagnóstico de diabetes e depressão (OLIVEIRA, *et al*, 2011; FORTMANN *et al*, 2010).

A ESF é promissora no que se refere à inserção dos profissionais na comunidade e o conhecimento das experiências de vida da população assistida. Essa particularidade no cuidado integral à saúde da população permite a busca de soluções mais adequadas para os problemas e conflitos que afetam diretamente a saúde dos sujeitos, anteriormente desvalorizados e/ou ignorados pelos profissionais de saúde. Tal estratégia permite a identificação de recursos mais adequados às realidades locais, além da participação do indivíduo no cuidado de sua saúde. Nesse sentido, diferentes formas de cuidado têm sido desenvolvidas para aliviar os agravos físicos e psíquicos, com destaque para práticas comunitárias que fortaleçam a rede de apoio social.

A dificuldade dos profissionais de saúde na APS em lidar com queixas que não estão relacionadas a sintomas físicos acarreta a sensação de incapacidade de resolução das situações. Grande parte dos problemas desses pacientes está relacionada aos seus conflitos psicossociais. Por muitas vezes, ao não saber que tipo de ajuda podem oferecer, os profissionais sentem-se mais seguros, não abordando esses problemas, o que se caracteriza como um erro (CAMPOS, *et al* 2011; CZERESNIA, 2009).

## REVISÃO DA LITERATURA

### Doenças Crônicas e a Atenção Primária à Saúde

As *Doenças Crônicas Não Transmissíveis* (DCNT) vem sendo investigadas desde a década de 1920 nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa, onde estas doenças ocorrem em menor proporção e possuem melhor controle. Na atualidade, as DCNT são um grave problema enfrentado pelos países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil onde fatores, como a desigualdade social e a dimensão continental do país, dificultam as ações de prevenção e combate. Um aspecto preocupante referente às DCNT diz respeito ao aspecto que as enquadra dentro de uma classe de doenças com proporções reais de pandemia, onde se destacam as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus. A crescente longevidade da população está entre os fatores que agravam o quadro epidemiológico para as DCNT (MALFATTI e ASSUNÇÃO, 2011; BRASIL, 2010; BRASIL, 2004).

No Brasil, o diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade são problemas de saúde recorrentes e um dos principais alvos de ações comunitárias e individuais. Tais ações almejam prevenir as doenças; identificar grupos de risco; realizar o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica (incluindo a medicamentosa); manter o cuidado continuado; educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado; monitorar o controle; prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Neste cenário, algumas peculiaridades merecem atenção. A *Hipertensão Arterial Sistêmica* (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil, a doença é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana, e em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Respeitando o critério atual de diagnóstico (PA 140/90 mmHg). A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. No contexto mundial, estudos americanos revelaram que, até os 40 anos, a prevalência da HAS esteve próxima a 10%; aos 50 anos, foi a 20%; após 60 anos, ultrapassou 40%; chegando a 60% após 70 anos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a causa primária para a maioria dos casos de hipertensão arterial é desconhecida e apenas 5% dos pacientes possuem pressão alta por motivos secundários a outras patologias (renais, tireoidianas, hipofisárias, adrenais) (Brasil, 2006). Muitas vezes, a hipertensão se apresenta associada a outras patologias, o que aumenta seu padrão de morbidade. Considerando que o paciente pode permanecer assintomático por muitos anos, a equipe de saúde da ESF possui um papel fundamental no trabalho de prevenção, detecção e tratamento. Nesse contexto, o agente comunitário é o elo fundamental entre o domicílio e a unidade de saúde. A prevenção dos danos decorrentes das doenças é uma das principais ações desenvolvidas pela APS (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

O enfrentamento da HAS envolve intervenções tais como: modificações no estilo de vida, alimentação adequada, controle do peso, prática de atividade física, entre outras. Cada vez mais se evidencia a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam à hipertensão arterial (Brasil, 2006). Um dos principais desafios no controle da HAS é a baixa adesão ao tratamento. Diversos fatores interferem nesse processo, para que o controle da doença seja eficaz é necessário valorizar o indivíduo, compreender suas crenças, pensamentos e sentimentos relacionados à doença (COSTA e NOGUEIRA, 2008; MARTINEZ e LA TORRE, 2006; FONSECA *et al.* 2009).

Para vencer o desafio, várias dimensões do cuidado devem ser observadas. À exemplo disso, está a ampliação do acesso aos medicamentos, o diálogo aberto entre profissionais de saúde e pacientes. Tais fatores propiciam uma compreensão acerca do modo como estes aderem a terapêutica proposta (Brasil, 2006). Pesquisa aponta que a melhora da adesão diminui a mortalidade, consultas de emergência e internações. Ou seja, reduz custos e promove o bem-estar (Henrique *et al.*, 2008).

Outra doença muito comum no campo da ESF é o diabetes mellitus. No contexto brasileiro, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. Atualmente estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005). O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A etiologia do diabetes é múltipla. Diz respeito à falta de insulina e/ou a incapacidade da insulina exercer seu papel. Quanto aos tipos da doença, o diabetes tipo 2 abarca cerca de 85 a 90% dos casos, acometendo principalmente a população adulta acima de 40 anos. O tipo 1 acomete principalmente crianças e jovens e resulta da destruição das células beta pancreáticas.

Já o tipo 2 resulta de vários graus de resistência a insulina e deficiência na secreção de insulina, o desenvolvimento da doença está associada a hábitos como sedentarismo e obesidade e ao componente genético. (FERREIRA e FERREIRA, 2009; FONTBONNE E FREESE DE CARVALHO, 2006).

Neste estudo, analisamos dados relacionados ao diabetes tipo 2, que chamamos apenas de diabetes ao longo do texto. Esse grupo foi escolhido por ser o tipo da doença com maior número de casos. Pesquisas revelam que seu desenvolvimento está relacionado a fatores genéticos, comportamentais e sociais, portanto, faz-se necessário a adoção de medidas compatíveis com um estilo de vida saudável, tais como: atividades físicas diárias, conservação de peso adequado e padrão alimentar pobre em gorduras e rico em fibras (MCLELLAN *et al*, 2007; RAMOS E FERREIRA, 2011).

O diabetes, quando mal controlado, representa um alto custo para o paciente, para o sistema de saúde e para a sociedade. Grande parte dos custos está relacionada ao fato de que as complicações da doença afetam diretamente a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência (McLellan, 2006). Evidencia-se, portanto a relevância da adesão ao tratamento e de intervenções que favoreçam um controle adequado da doença de maneira a atuar nos diversos fatores relacionados ao seu desenvolvimento.

Torres & Abacaxi (2010) e Ortiz *et al* (2011) salientam a importância dos fatores histórico-psicológicos em situações relacionadas à motivação, estresse, habilidades comportamentais e comportamentos de enfrentamento às doenças como o diabetes. Uma intervenção nesse âmbito será apropriada se considerar como prioridade as ações que visem à prevenção do desenvolvimento das doenças, prestando atenção e acompanhamento especial aos pacientes em situação de vulnerabilidade, tais como: pessoas com sobrepeso, obesas, sedentárias, com maus hábitos alimentares, que fazem ingestão de grande volume de gorduras saturadas, com histórico familiar de diabetes, com baixo apoio social, além dos pacientes com problemas emocionais e/ou portadores de transtornos mentais comuns.

Pesquisa americana identificou associação direta e positiva entre o sedentarismo e o aumento da incidência do diabetes em mulheres, independente do Índice de Massa Corporal (IMC) ou de história familiar de diabetes (Hu *et al*, 2004). Pesquisa brasileira sinalizou que o crescimento no consumo de carboidratos refinados está fortemente associado ao aumento da obesidade e conseqüentemente do diabetes (Sartorelli e Cardoso, 2006). O acesso facilitado a alimentos com grande quantidade de gorduras e açúcares, pelo baixo custo, dificultam ainda mais esse controle e favorecem outro problema de saúde, o sobrepeso e a obesidade.

A obesidade é definida pelo excesso de peso e consequente armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde. O IMC é o índice recomendado para medir a obesidade em nível populacional e na prática clínica. A distribuição dessa gordura excessiva pelo corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso, o maior risco é representado pela concentração abdominal, definida como obesidade androide (BRASIL, 2006).

No grupo das DCNT a obesidade se destaca por ser simultaneamente doença e fator de risco associado a outras doenças desse grupo (Cristovão *et al*, 2011). Algumas características importantes acerca das DCNT é a história natural prolongada, interação de fatores etiológicos desconhecidos, períodos de remissão de sintomas e outros e exacerbação e a possibilidade de evoluir em diferentes graus (Kumpel, *et al*, 2011). Os problemas crônicos associados à obesidade estão subdividido em quatro áreas: problemas cardiovasculares, resistência insulínica, colecistopatias e alguns tipos de câncer. Todas as citadas são doenças incapacitantes quando não levam a morte, em todos os casos comprometendo a qualidade de vida e redundando em altos custos (BACKES *et al*, 2011).

Os fatores psicossociais associados ao sobrepeso e a obesidade, tais como, autoestima, autoeficácia, autoimagem, influenciam os comportamentos dos portadores da doença (Avendano Monjé e Almagiá, 2008). Estudos apontam que a autoimagem negativa, nos obesos, gera sofrimento e dificuldades psicológicas, sociais e ocupacionais, entre elas, incapacidade física, absenteísmo, pedidos de licença médica, perda ou recusa de emprego, baixa autoestima e isolamento social (SOUZA *et al*, 2005).

A ESF assume um grande desafio ao atuar na prevenção e tratamento das DCNT, pois entre os fatores de risco com maior consistência, estão os comportamentos relacionados ao estilo de vida dos pacientes. Embora possam ser modificados, para que a atuação no combate destes fatores seja eficaz é necessário desenvolver estratégias de intervenção que considerem as visões de mundo, crenças, percepções e atitudes frente à doença no contexto histórico-cultural no qual está inserido esse sujeito (BRASIL, 2006).

Estudos revelam a sensibilidade e o potencial criativo desses profissionais no cuidado com pacientes portadores dessas doenças que vão desde visitas domiciliares (Albuquerque e Bosi, 2009) até consultas conjuntas, fornecimento e monitoramento da medicação (Helena *et al*, 2010; Oliveira *et al*, 2010); grupos de convivência (Gonçalves e Luiz, 2010; Santos *et al* 2011; Roselló e Maysonet, 2006; Roselló e Perez, 2003) e fortalecimento da rede de apoio (Costa e Nogueira, 2008; Faquinello *et al*, 2010; Figueira *et al*, 2012; Santos *et al*, 2011).

## Transtornos mentais comuns e Atenção Primária à Saúde

Os problemas de saúde mental são comuns na APS visto que é essa a via de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Inclusive daqueles que necessitam de cuidados em saúde mental. Soma-se a isso a constatação de que pacientes com doenças crônicas possuem taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral (Helena *et al*, 2010). Na Inglaterra de 20 a 25% das consultas no sistema de saúde tem como razão única algum problema de saúde mental (Campos *et al*, 2011). Em relatório do departamento de atenção básica sobre o acolhimento à demanda espontânea, que apresenta as queixas mais comuns na procura por atendimento, em média 56% das equipes da ESF, relata-se ter realizado ações de saúde mental, sendo quase impossível que uma equipe afirme não encontrar entre seus pacientes algum tipo de transtorno mental (BRASIL, 2013).

Os índices de Transtornos Mentais Comuns (TMC) no contexto da ESF são altos cuja prevalência está entre 38 e 56% (Fortes *et al*, 2004; Fortes *et al*, 2008; Fortes, *et al*, 2011; Gonçalves *et al*, 2014). Em estudo multicêntrico brasileiro realizado na APS Gonçalves *et al*. (2014) verificou a prevalência, em quatro cidades brasileiras, de ansiedade e depressão respectivamente: Rio de Janeiro, 35,4% e 25,0%; São Paulo, 39,5% e 25,3%; Fortaleza, 43,0% e 31,0%; e Porto Alegre, 37,7% e 21,4%. Alguns indicadores sociodemográficos, tiveram destaque sendo os problemas de saúde mental mais altos em mulheres, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e renda. Milhões de pessoas sofrem de algum tipo de adoecimento psíquico no mundo, entretanto, uma pequena parte delas é identificada e tratada. Helena *et al* (2010) assinala que estudos demonstram a dificuldade dos médicos, em especial dos generalistas de diagnosticá-los e tratá-los.

Em pesquisa realizada na região nordeste do Brasil, Tavares *et al* (2013) identifica as taxas de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental. Os resultados mostraram que a taxa de atendimentos médicos relacionados à saúde mental foi de 19,48%. Nesse quantitativo, 43% apresentaram sofrimento psíquico, 34,7% apresentaram transtorno mental grave e 19,5% transtorno mental comum leve/moderado. Campos *et al*, (2010) relata que, na Inglaterra, 90% dos pacientes portadores de transtorno mental conheceram seu médico generalista na Atenção Primária. Esses resultados sinalizam o importante papel da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), inclusive do médico, no acolhimento e manejo das demandas de saúde mental que devem ser tratadas no âmbito da APS.

O acolhimento e o vínculo são dois eixos norteadores da assistência na APS, facilitando o cuidado com pacientes portadores de ansiedade, depressão, transtorno depressivo-ansioso e seus familiares. Estes eixos facilitam a escuta e o desenvolvimento da confiança na relação médico-paciente. A aproximação gerada pelo vínculo permite que os profissionais conheçam o contexto de vida de seus pacientes e sejam capazes de estruturar uma intervenção voltada à integralidade e a resolubilidade dos problemas (MODESTO e SANTOS, 2007; VECCHIA e MARTINS, 2009; CORREIA *et al*, 2011).

As práticas em saúde mental devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe. Cabe salientar que a saúde mental não está dissociada da saúde geral (Souza e Rivera, 2010). As demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas trazidas pelos pacientes que chegam à ESF. Nesse contexto, o agente comunitário de saúde tem importante contribuição no acolhimento destas demandas, pois é ele quem apresenta os casos na reunião de equipe. Waidman *et al* (2012) destaca o papel do agente comunitário de saúde, assegurando sua capacidade de estabelecer o diálogo entre a família, o domicílio e a unidade de saúde. A mesma pesquisa sinaliza também uma dificuldade dos profissionais no tocante à capacitação e/ou aperfeiçoamento - não apenas dos agentes comunitários, que se sentem despreparados para lidar com muitas questões trazidas pelos pacientes.

A relevância dos aspectos psicológicos na vida do sujeito para o processo de saúde-doença é bastante discutida na literatura (Torres e Abacaxi, 2010; Sharovsky e Romano, 2013; Helena *et al*, 2010). Entretanto, há questões mais profundas no tocante a saúde mental dos pacientes atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Rios *et al* (2011), Fortes *et al* 2008 e Fortes *et al*. (2011) detectaram associações negativas entre participação em atividades de lazer e Transtornos Mentais Comuns. A prevalência de TMC entre os jovens que afirmaram não participar de atividades de lazer foi de 39,9%. Cabe também considerar que no caso da depressão o isolamento social compõe a lista de sintomas dessa síndrome. Esse sintoma pode levar o paciente à impressão cada vez mais intensa de que não recebe apoio da sua rede social.

O cuidado em saúde mental na APS tem sido considerado satisfatório e mais eficaz que o modelo anterior focado no atendimento hospitalar e restritivo do convívio social. A inclusão da saúde mental na atenção básica contou com apoio matricial. Este consiste na consultoria de um profissional de saúde mental. Ele se configura como um recurso na definição dos fluxos, na qualificação das equipes e na promoção de uma assistência conjunta e compartilhada e corresponsabilizada (Souza e Rivera, 2010). Esse suporte oferece várias vantagens à construção de uma rede de atenção em saúde mental articulada e integrada, atendendo as demandas de saúde mental. Estas demandas competem ao nível da Atenção Primária à Saúde e rompem com

a lógica do encaminhamento. Por vezes, este fato é associado à isenção de responsabilidade do profissional com o caso (VECCHIA e MARTINS, 2009).

A visita domiciliar é um importante recurso no acompanhamento destes pacientes em questão, por possibilitar a avaliação do uso adequado da medicação, aquisição da receita de psicotrópicos, fornecer apoio e esclarecer dúvidas dos familiares além de prestar orientações que se tornem necessárias (Modesto e Santos, 2007; Brasil, 2013). Este recurso favorece uma intervenção que resultará em melhoras no quadro clínico e no convívio entre os familiares. Desta forma, a família é integrada ao tratamento, fortalecendo do vínculo do paciente e sua família com a equipe que lhe presta cuidados, elegendo-a como uma fonte de apoio necessária para intervir em situações de crise (CORREIA *et al*, 2013).

### **Rede de apoio**

É natural durante todo o desenvolvimento do ser humano a presença de relacionamentos com outras pessoas. O ser humano é um ser de relações, desde o início da sua vida. A rede social de uma pessoa começa a ser composta desde muito cedo, nos relacionamentos familiares, escolares, de amizade, sociais e profissionais (Jussani *et al*, 2007). No entanto, a rede de apoio social é composta pela somatória das relações interpessoais desenvolvidas ao longo da vida. Estas relações são percebidas pelo sujeito como significativas e diferenciadas de todas as demais relações com o restante da sociedade (Faquinello *et al*, 2010).

A rede social protege o indivíduo em seus aspectos físico, mental e psico-afetivo. Este apoio é ainda mais significativo quando utilizado como recurso no enfrentamento de doenças incapacitantes e/ou crônicas tal como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A influência positiva do apoio social na vida de pacientes hipertensos ocorre devido à condição limitante imposta pela enfermidade no tocante às relações do paciente com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros. Podendo até abalar sua identidade, fragilizar sua capacidade de resolver os problemas e alterar o sentido que era atribuído a vida, antes do adoecer (Faquinello e Marcon, 2011; Faquinello *et al*, 2010; Malfatti e Assunção, 2011).

A literatura aponta uma forma de avaliar os efeitos da rede social na saúde através de medidas de integração social. Indicadores complexos de integração social se combinam a informações sobre situação conjugal, número de relações íntimas, contato com amigos e parentes e envolvimento comunitário, em uma só medida. O índice mais reconhecido é o de Berkman's & Syme (1979), que combina informação acerca da situação conjugal, número de

relações íntimas, contato com amigos e parentes, participação em atividades em grupo e participação religiosa.

Como já dissemos acima, em função do caráter vasto e abrangente do campo da malha de relacionamentos de uma pessoa, o suporte promovido pela rede de apoio está diretamente ligado ao campo da saúde. Atualmente, esse suporte é considerado importante tanto para a saúde, quanto para a doença. A investigação de características, tais como, o número de amigos, a frequência e a intensidade dos contatos, a existência ou não de pessoas íntimas poderá possibilitar o incentivo a práticas sociais saudáveis propulsoras de melhor qualidade de vida e saúde para os seres humanos (BERKMAN *et al*, 2000).

Cohen (2004) atribui a presença do apoio advindo da rede, a elevação da autoestima, melhorando a adaptação dos indivíduos a condições adversas, promovendo a resiliência, ao habilitar o indivíduo a mobilizar seus recursos psicológicos e controlar seus problemas emocionais, permitindo que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida.

Uma das premissas da teoria é a de que o apoio da rede exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse. A questão do suporte social se baseia em constatações que apontam para o papel deste na manutenção da saúde, na prevenção contra doença e como forma de facilitar a convalescença (VALLA *et al*, 1999).

Em um trabalho que buscou mensurar a satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes, foi identificado que o apoio social influencia diretamente a saúde e o sentimento de bem-estar, amenizando o impacto dos acontecimentos que as afetam de forma negativa. Além disso, o suporte familiar foi considerado um fator preventivo de transtornos afetivos durante a adolescência, justamente por influenciar diretamente a maneira como o indivíduo avalia a si mesmo e as informações advindas do meio (MOREIRA & SARRIERA, 2008).

Considerando o resultado das pesquisas mencionadas, torna-se cada vez mais evidente que a existência da rede de apoio se associa ao estado de saúde das pessoas de maneira benéfica. A rede permite que estas encontrem - além da medicação - um meio de lidar com suas próprias crises, na tentativa de propor algumas respostas alternativas na resolutividade dos problemas de saúde (COSTA & LUDERMIR, 2005).

Essa breve revisão da literatura constatou em grande parte das pesquisas brasileiras desenvolvidas na APS que relacionam o apoio social à saúde, o uso de métodos qualitativos em

sua maioria. Essa constatação aponta para a necessidade de empreender pesquisas epidemiológicas que permitam comprovações objetivas dentro deste campo.

A partir do exposto elaborou-se a hipótese de que redes de apoio fortes e diversificadas oferecem alternativas de elaboração e resolução de problemas. Diminuindo a necessidade de recorrer ao sistema de saúde ou ao papel de doente como solução, permitindo a utilização de vários outros recursos sociais como fonte de suporte. Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para a construção de políticas e de abordagens terapêuticas que considerem a influência da rede de apoio social nas condições de saúde.

### Rede de apoio e Doenças Crônicas.

No Brasil, a esfera de atendimento à saúde da população que contempla as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é uma proposta da Atenção Primária à Saúde (APS). A ESF atua sobre os determinantes sociais da saúde através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado, cura, reabilitação e palição de condições de saúde (Mendes, 2012; Brasil, 2013; Oliveira e Pereira, 2013).

Além das ações preventivas, o trabalho na APS deve atribuir a mesma importância às ações focadas na promoção da saúde, ou seja, intervenções educativas, sensibilização para o autocuidado, intervenções com foco direcionado a trabalhar o autoconceito e a autoestima dos indivíduos, entre outras. Torres & Abacaxi (2010) referem ainda pesquisa realizada no México na qual, variáveis psicológicas e sociais estiveram associadas com o comportamento de adesão ao tratamento.

No âmbito das doenças crônicas, a rede de apoio promove uma melhora na saúde dos pacientes com problema cardíaco, e o apoio social tem sido identificado como relevante para promover a adesão ao tratamento. É dito que o apoio recebido da rede é benéfico não somente para a pessoa doente, como também para o cuidador preservando a saúde de ambos. A rede de apoio do hipertenso pode ser considerada uma estratégia para melhorar a qualidade de vida desses sujeitos, tanto no domínio físico quanto no psicológico. Embora as pesquisas sobre rede de apoio social estejam aumentando nas duas últimas décadas, pouco se conhece da rede de indivíduos hipertensos (FAQUINELLO *et al*, 2011).

Segundo Chor *et al* (2001), o apoio da rede também está associado a diversas outras medidas, como comportamentos de adesão à tratamentos de saúde, percepção de controle, senso de estabilidade e bem estar psicológico. Portanto o estudo sobre o referido construto se torna relevante pela contribuição que ele pode dar ao planejamento de ações focadas na prevenção das doenças tanto quanto à promoção de saúde e à melhoria da qualidade de vida da população.

Pesquisa desenvolvida sobre a rede de apoio social demonstra que para idosos satisfeitos com a frequência de visitas recebidas por parentes e amigos, eram registrados menos problemas com suas dietas, além disso, aqueles que possuíam amplas redes de amigos demonstraram consequências positivas no apetite e na ingestão adequada de nutrientes. A dimensão dos efeitos negativos do estresse financeiro sobre o apetite foi reduzida pelo relacionamento com amigos, pelas relações conjugais e pela existência e presença de companhia. Constatou-se nesse estudo a associação entre a integração social e longevidade (PINTO *et al*, 2006).

Oliveira *et al* (2011) recomenda a troca de experiências entre pessoas que convivem com os mesmos problemas de saúde e encaram os mesmos desafios para tratá-los, avaliando-a como relevante na medida em que possibilita um fortalecimento do grupo na busca de recursos para encarar o problema existente, pensando juntos, ações diárias direcionadas para os cuidados à saúde. Tanto a interação quanto a identificação, possíveis a partir de uma experiência em grupo, mobilizam o autocuidado e promovem o senso de responsabilidade sobre determinado comportamento.

### Rede de apoio e transtornos mentais comuns.

No tocante a associação entre indicadores da rede de apoio e os transtornos mentais comuns, Cohen *et al* (2000) sinaliza que o grau de integração social teria um efeito no bem-estar e na saúde mental independente de eventos estressores. Já os aspectos funcionais da rede de apoio, influenciariam positivamente a saúde ao influenciar a resposta ao estresse. Tais aspectos seriam representados por medidas de apoio social, o que contempla as informações e auxílios emocional ou prático ofertados por grupos ou pessoas. (COHEN e WILLS 2000; VALLA 1999).

Alguns autores pesquisaram a associação entre a rede de apoio social e transtornos mentais. Berkman *et al* (2000) explica que o suporte social tem a capacidade de proteger as pessoas de crises advindas de um vasto campo de estados patológicos, entre eles, tendência suicida, alcoolismo e a sociofobia. Ainda inclui a redução da quantidade de medicamentos requerida que, por apressar a recuperação, permitiria a aceitação de regimes médicos prescritos.

A redução das interações sociais na família de crianças com paralisia cerebral foi percebida como uma das consequências do estresse, além de psicopatologias como a depressão e a ansiedade (Freitas *et al*, 2005). Costa & Ludermir (2005), por sua vez, afirma que sentir-se amado e ter amigos íntimos está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão, somatizações e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse.

Costa e Ludermir (2005) confirmam duas teorias que explicam a relação entre saúde mental e o apoio social. Uma delas explica que o apoio afeta diretamente a saúde mental, e a segunda aponta que o construto funciona como mediador do estresse, modificando seu efeito. De acordo com a segunda teoria, o indivíduo que conta com alto nível de apoio social enfrenta mais positivamente às situações estressantes se comparado a outros que não dispõem deste recurso. Neste sentido, Fortes *et al* (2004) em pesquisa realizada na estratégia de saúde da família em Petrópolis (RJ) verifica que a frequência regular às atividades religiosas, a participação em atividades esportivo-artísticas e ter pelo menos quatro pessoas na família em quem confiar mostraram-se inversamente associadas à presença de transtornos mentais. Pietruckowicz (2001) sinalizou em pesquisa sobre apoio social como forma de enfrentamento ao adoecimento que a atividade religiosa foi uma estratégia de enfrentamento eficaz e benéfica.

Na literatura nacional e internacional nos últimos anos tem sido dada importância às investigações das associações entre as relações sociais e a saúde. No final da década de 1970, um estudo prospectivo de grande importância, realizado com 6.928 adultos residentes Califórnia constatou que quanto mais escassas as relações sociais referidas pelos participantes, maior o risco de morte nos nove anos seguintes (Berkman & Syme, 1979). Um achado relevante deste estudo diz respeito aos baixos níveis de integração social que foram análogos em magnitude aos riscos associados ao tabagismo, hipertensão arterial e obesidade - mesmo quando controlados os efeitos de outros fatores de risco tradicionais (HOUSE *et al* 1982).

No tocante a mensuração dos efeitos da rede de apoio na saúde dos sujeitos alguns estudos sugerem medidas de integração social que combinam atividades, relacionamentos, envolvimento em atividades em grupo, entre outras. Nestas medidas quanto maior a diversidade e a quantidade de interação, mais integrado é o sujeito (Cohen, 2004). As medidas de integração têm sido valorizadas na avaliação de desfechos em saúde. Indicadores de integração social que

combinam aspectos da rede de apoio, tais como: situação conjugal, número de relações íntimas, contato com amigos e parentes, tem ganhado adeptos entre os pesquisadores por favorecer uma medida integrada e estável de boas relações com a rede, diferentemente da análise de cada um dos aspectos da rede isoladamente (BERKMAN'S & SYME, 1979; COHEN et al, 2000; CORREIA *et al*, 2013).

Correia *et al* (2013) em estudo realizado na Estratégia de Saúde da Família propôs o Índice de Rede Social (IRS). Este indicador agrega as pontuações nas categorias: situação conjugal, número de relações íntimas e contato com amigos e parentes. A classificação do IRS qualifica os participantes em isolados, parcialmente integrados e integrados. Um dos benefícios propostos pelo IRS consiste na análise não apenas das situações de integração como também as de isolamento.

Embora os estudos avaliem com mais frequência os efeitos protetores da integração, o isolamento foi considerado fator de risco, estando associado a maiores riscos de morbidade e mortalidade, ao aumento dos afetos negativos e sensação de alienação, reduzindo a auto eficácia e a autoestima(Cohen *et al*, 2000; Hawkey & Cacioppo, 2007).

### **Discriminação e saúde**

A discriminação, do ponto de vista sociológico, envolve processos sociais complexos e pode ser definida como tratamento diferencial e desigual a pessoas pertencentes a determinados grupos. Law (2007) ressalta que a discriminação, mesmo ação individual, não se trata de atos individuais isolados. Tal fenômeno reflete a atitude de um sujeito frente ao membro de um grupo indesejável no seu ponto de vista. Mallick (1995) discute como as definições sociológicas de discriminação asseguram que as minorias (raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, de condição social, etc.) sejam alvo de discriminação cotidianamente. Esta experiência tem um impacto sobre os grupos contra os quais é praticada, implicando na negação de seus direitos e afetando sua individualidade.

A abordagem do fenômeno da discriminação em estudos epidemiológicos suscita desafios para os interessados no assunto, em especial os pesquisadores. Desde 1980, as pesquisas sobre discriminação estudam as implicações patogênicas dessa exposição sobre características da população. Goto *et al* (2013) aponta que, entre os anos de 2000 e 2010, foi crescente o número de publicações centradas na associação entre a discriminação e indicadores

de saúde, sendo os EUA o maior responsável pelas mesmas (Krieger, 2000; Williams *et al*, 2003; Brondolo *et al*, 2003; Paradies, 2006; Pascoe & Smart-Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009; Brondolo *et al*, 2011).

Para melhor compreensão do cenário de estudos brasileiros abordando o tema, foi realizada pesquisa na base de dados LILACS. Combinaram-se os seguintes descritores: discriminação e saúde; discriminação e atenção primária à saúde; discriminação e doenças crônicas; discriminação e hipertensão; discriminação e diabetes; discriminação e obesidade; discriminação e ansiedade; discriminação e depressão.

Entre os artigos encontrados a maior parte deles relatava experiências de pacientes portadores do vírus HIV, tuberculose, hanseníase e outras implicações desses diagnósticos com as comorbidades físicas e transtornos mentais. Como todas essas doenças carregam em si o peso do estigma, provavelmente se tornaram alvo de pesquisas relacionando-as com a experiência de discriminação. Em decorrência da escassez de estudos que analisem esse tipo de experiência com relação à hipertensão, diabetes, obesidade, ansiedade e depressão, ampliou-se a pesquisa para o cenário internacional.

Diversos estudos concernentes à associação entre discriminação, saúde física e mental foram localizados e, como tais pesquisas têm, em sua maioria, origem nos EUA, foram utilizados muitos estudos norte-americanos na construção do referencial teórico sobre a temática.

Em estudo de base populacional, realizado nos EUA, sobre a associação entre a percepção da discriminação étnico/racial e saúde, verificou-se que esta esteve associada à saúde física (dieta menos saudável) e à saúde mental (depressão, tabagismos, alcoolismos e uso de outras drogas). Amanda *et al* (2011) constatou que o status de minoria racial/étnica foi associado com pior saúde física e mental.

Corroborando estes resultados, Gibbons *et al* (2010) publicou resultados de dois estudos e, para ambos, a discriminação racial esteve associada ao uso de substâncias motivado pela raiva e/ou hostilidade e moderada por presença de suporte paterno, estando também associada com mais vontade por fazer uso de drogas.

No que se refere à influência da discriminação sobre a orientação sexual, Almeida *et al* (2009) constata a associação da discriminação percebida com o aumento da sintomatologia depressiva entre adolescentes LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) norte-americanos. Identificou-se também um elevado risco de automutilação e ideação suicida entre os homens LGBT.

Burgues *et al* (2007), em pesquisa realizada com adultos nos EUA, verifica que pessoas com orientação sexual LGBT, em comparação aos heterossexuais, tiveram níveis mais elevados de estresse, maior probabilidade ao desenvolvimento de depressão ou ansiedade, maior procura aos serviços de saúde mental, maior consumo excessivo de álcool, maior probabilidade de ser um fumante e maior número de cigarros fumados por dia.

Ademais, indivíduos com orientação sexual LGBT relataram ter sofrido incidente grave de discriminação com mais frequência em relação àqueles heterossexuais. McCabe *et al* (2010), em pesquisa realizada nos EUA sobre discriminação por orientação sexual, raça e gênero, verificaram que as chances de desenvolvimento de transtorno por uso de drogas foram quase quatro vezes maior entre as pessoas de orientação homossexual, as quais relataram terem sido submetidas a todos os três tipos de discriminação anterior, do que para aqueles de orientação homossexual, que não relataram experiência de discriminação.

Sobre a associação da experiência de discriminação com a saúde, há a pesquisa de Pascoe & Smart-Richman (2009). Em uma revisão meta-analítica composta por 134 trabalhos, publicados em língua inglesa, sobre discriminação percebida, verificaram efeito negativo significativo desta sobre a saúde mental e física, produzindo respostas significativas de estresse.

Brondolo *et al* (2003) Williams & Mohammed (2009) e Brondolo *et al* (2011) desenvolveram estudos sobre os efeitos da discriminação sobre a hipertensão arterial e entre doenças cardiovasculares em geral, explicando que experiências de estresse agudas estão associadas ao aumento da pressão sanguínea e o aumento da sobrecarga allostática do corpo humano e a produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse. Green & Darity (2010) explicam que as experiências discriminatórias atuaram aumentando a sobrecarga allostática do corpo humano, por se caracterizarem como eventos de vida produtores de estresse e, em muitos casos, ocorrendo de forma repetitiva ou crônica.

Em estudo brasileiro de enfoque qualitativo com sujeitos obesos, Costa *et al* (2012) identificaram que, ao se tornarem obesos, estes apresentaram uma autoimagem negativa. Sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, sentimento de culpa, reforçado pela discriminação da sociedade que parece estimulá-lo a comer mais ao invés de ajudá-lo a perder peso.

Williams & Mohammed, (2009) e Pascoe & Smart-Richan (2009) demonstram três mecanismos pelos quais ocorreram as associações entre a discriminação e a saúde: o primeiro apontou a discriminação afetando a saúde de forma direta ao provocar desequilíbrio psicológico e sintomas de ansiedade e depressão, diminuindo o bem-estar subjetivo; o segundo pontuou que a discriminação favorece comportamentos prejudiciais à saúde (tabagismo, má alimentação,

não adesão a tratamentos); e o terceiro descreveu a associação por meio de alterações psicofisiológicas do organismo ao estresse.

Neste caso, a experiência discriminatória foi identificada como fator importante para o aumento da sobrecarga allostática do corpo humano e produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse (ex. cortisol), ocasionando desequilíbrio nos aparelhos cardiovascular, gastrointestinal, neuroendócrino, imunológico, além de sensibilidade à dor e dor crônica.

No que diz respeito à experiência de discriminação associada à incapacidade física, Molero *et al* (2013) identifica que a incapacidade física desperta empatia e ansiedade nas pessoas que convivem com o sujeito portador desta condição. O autor discute que a ansiedade identificada pode estar associada ao esforço demandado pelo indivíduo incapaz, caso necessite de cuidados durante o contato. Neste contexto, ter a autonomia, do ponto de vista psicológico e não físico, foi um fator de redução dos efeitos negativos da discriminação.

Pascoe & Smart-Richman (2009) verificaram associações entre diversas formas de discriminação percebida com estados mais graves de saúde mental, e associações positivas e significativas entre discriminação e condições adversas de saúde mental, como depressão e abuso de álcool. Finch *et al* (2000), em estudo realizado com adultos de origem mexicana residentes nos EUA, evidenciaram a discriminação percebida como uma fonte de estresse crônico, sendo este prejudicial à saúde física e mental dos participantes. Tais achados sugeriram, portanto, a necessidade de que os profissionais de saúde avaliem os efeitos da discriminação como um agente estressor.

William *et al* (2003), Paradies (2006), Williams & Mohammed, (2009) e Pascoe & Smart-Richman (2009) sinalizaram o apoio de amigos e/ou familiares e as estratégias de enfrentamento como fatores capazes de modificar a relação entre as experiências de discriminação e as condições de saúde. No primeiro caso, a disponibilidade de amigos e familiares em escutar sobre experiências discriminatórias ajuda no restabelecimento da autoconfiança, evitando piores índices de saúde mental, como a depressão. Em relação às estratégias de enfrentamento, sugere-se o enfrentamento ativo, com foco no problema. Por exemplo, confrontar o agressor não aceitando a acusação proposta é um recurso eficaz, visto que as estratégias de enfrentamento com foco na emoção foram danosas por se manifestarem no comer compulsivo, uso de álcool e outras drogas. Em suma, a busca de apoio social e a escolha da estratégia de enfrentamento adequada podem diminuir os efeitos estressantes da discriminação.

Devido à relevância do estigma e da discriminação no contexto da saúde pública brasileira, pesquisadores organizaram um encontro denominado “Estigma e Discriminação”.

Maksud (2014) e Monteiro e Villela (2013) revelaram que no Brasil as pesquisas acerca das consequências do estigma e da discriminação nos agravos à saúde são escassas, ficando restritas à discussão dos casos de doenças contagiosas, as quais provocam medo de contaminação e julgamento por parte da sociedade sobre o comportamento do doente acometido.

O estigma no contexto dos portadores de transtorno mental foi discutido por Ventura e Brito (2012). Ressalta-se o quanto tais pessoas ainda são submetidas a experiências de discriminação no seu cotidiano, nos ambientes públicos, nas relações com pessoas desconhecidas e, até mesmo, com amigos, familiares e no atendimento com profissionais de saúde. A sugestão dada por eles para o enfrentamento do estigma - que por séculos sustentou a ideia de que pessoas acometidas por transtornos mentais de qualquer ordem são mais fracas e incapazes. É uma mudança cultural da compreensão dos problemas de saúde mental. Problemas que cada vez são mais prevalentes e representam um desafio à saúde pública brasileira.

No tocante ao papel do sistema único de saúde no atendimento da demanda exposta acima, é sem dúvidas um desafio a atuação no combate a discriminação, a qual exerce influência sobre diversas as condições clínicas já citadas. Travassos e Bahia (2011) relata que a discriminação nos serviços públicos e privados de saúde é observada somente do ponto de vista das relações entre profissionais e pacientes, e esta centralidade pode ser um impedimento para a identificação de ações de promoção da saúde, em especial no contexto da APS e da Estratégia de Saúde da Família, que se proponham a combater a discriminação.

Este trabalho apresentará e discutirá, o modo como a rede de apoio e a experiência de discriminação se relacionam ao adoecimento físico e psíquico no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que no Brasil é representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tratar-se-á de uma análise quantitativa, sendo este um estudo de corte transversal inserido numa pesquisa maior intitulada “Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento”. Este trabalho utilizará como fonte de informação o banco de dados montado a partir da pesquisa referida, para proceder à análise quantitativa dos dados referentes à rede de apoio de pacientes atendidos pela ESF nos Municípios de São Paulo e Rio de Janeiro.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar a associação entre rede de apoio e discriminação, ao adoecimento físico e psíquico no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever a rede de apoio de pacientes atendidos pela ESF nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.
2. Identificar a associação entre a rede de apoio, a presença de doenças físicas (hipertensão, diabetes e obesidade) e de transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão e transtorno depressivo-ansioso).
3. Verificar a associação entre a presença de transtornos mentais comuns na ocorrência do diagnóstico de doenças físicas.
4. Averiguar se existe associação entre a ocorrência de discriminação tanto nas doenças físicas (hipertensão, diabetes e obesidade) quanto nos transtornos mentais (ansiedade e depressão).

### 3 MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 Desenho do estudo e amostra

O estudo trata-se de uma análise quantitativa, que visa a testagem de hipóteses acerca da associação entre a presença e ausência de apoio social, incluindo a experiência de discriminação, adoecimento físico e psíquico no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Quanto ao delineamento, constitui-se de estudo de corte transversal extraído de uma pesquisa intitulada “*Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento\**”, cujo objetivo era avaliar o impacto das capacitações em saúde mental nas atividades assistenciais na APS.

As capacitações tiveram por objetivo a integração entre as equipes da saúde da família e saúde mental. Para a pesquisa citada as prefeituras municipais elegeram as equipes de ESF que seriam submetidas às capacitações. O município que teve o maior número de turmas de capacitação foi o Rio de Janeiro, portanto, reuniu maior número de pacientes atendidos pela equipe capacitada (médico ou enfermeiro) que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Os participantes foram captados nos dois estudos transversais (pré e pós-capacitação) a média de pacientes selecionados foi de 30 por equipe em cada período.

O presente estudo utilizou como fonte de informação o banco de dados da intervenção supracitada, denominada de pesquisa-fonte, nos municípios de Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). A amostra foi composta de 1.466 pacientes, atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios do Rio de Janeiro (N=909) e São Paulo (N=557). Foram incluídos pacientes entre 18 e 65 anos atendidos pelos médicos e enfermeiros, exceto grávidas e pacientes com déficit cognitivo.

## 3.2 Instrumentos e variáveis

Os instrumentos usados na pesquisa-fonte foram:

### 3.2.1 Questionário geral.

(*anexo A*)

Organizado a partir do questionário geral de autoria e validação por Fortes (2004). Esse instrumento coletou dados referentes à:

- Aspectos sociodemográficos e econômicos (renda, escolaridade, religião, raça, emprego, entre outros).

- Indicadores de funcionamento social (participação em atividades laborativas, religiosas, esportivas, artísticas e sociais, entre outras).

- Variáveis de rede de apoio social: quantidade de amigos e parentes com os quais se pode contar em situações difíceis, participação em atividades religiosas e de lazer coletivas, participação em trabalhos voluntários e reuniões em grupos comunitários.

- Variáveis da discriminação: a pergunta F19 do questionário geral coleta informações sobre a percepção do participante sobre discriminação. A pergunta: “Você sentiu-se discriminado por alguma instituição ou pessoa nos últimos 12 meses?” Apresentou oito opções de resposta de (a-h) onde fica especificada a razão da discriminação, sendo os tipos de discriminação por: etnia/cor, gênero, religião, orientação sexual, doença ou incapacidade física, idade, condição social/econômica, ou outras. Para cada uma dessas opções o participante respondeu se sentiu ou não discriminado por cada uma dessas razões ou ainda por alguma outra razão não citada no questionário a qual poderia ser registrada na opção de resposta (h) outros.

### 3.2.2 “Hospital Anxiety and Depression Scale” – HAD

(*anexo B*).

Para aferição das síndromes ansiosas e depressivas foi utilizada essa escala, especificamente desenhada para utilização em pacientes com transtornos orgânicos associados. Traduzida e validada no Brasil por Botega (1995). Foi considerado o ponto de corte 8/9 em ansiedade e depressão para inclusão na pesquisa como caso positivo.

### 3.2.3 Questionários para o médico e enfermeiro

(*anexo C*).

Após o paciente ter respondido a pesquisa a um dos aplicadores da pesquisa, essa pessoa participava de um atendimento com o médico ou enfermeiro de família. Ao final de cada consulta o profissional que realizou o atendimento (médico ou enfermeiro) preencheu um questionário que indicava se o paciente era ou não portador de doença física, assinalando qual a doença e o nível de gravidade da mesma, o que foi utilizado como indicador da presença de hipertensão, diabetes e obesidade.

## 3.3 Construções das Variáveis

### Variáveis sociodemográficas

Estudos brasileiros e internacionais têm demonstrado associação entre fatores socioeconômicos, doenças físicas (Cesarino *et al.* 2008; Lima, *et al.* 2014) e os transtornos mentais (Araya, 2001; Fortes, 2004; Fortes *et al.*, 2008; Fortes *et al.*, 2011). No presente estudo foi verificado, a partir das frequências das respostas a cada variável, que esta amostra é bastante homogênea. Dessa forma, as variáveis foram organizadas em categorias de forma dicotômica,

o que permitiu uma melhor diferenciação entre os grupos e uma visualização mais clara das associações realizadas.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para análise: gênero, estado civil, faixa etária (Até 40 anos e acima de 40 anos), grau de instrução (Até a 4ª série e a partir da 4ª série do Ensino Fundamental) e renda familiar *per capita* (Até 1 salário-mínimo e acima de 1 salário-mínimo).

### Variáveis da rede de apoio

Para a construção das variáveis da rede de apoio, o levantamento de dados foi feito através do questionário geral (*anexo 1*) Um bloco de perguntas sobre rede de apoio elaborado para o estudo Pró-Saúde por Chor, *et al.* (2001) e adaptado do instrumento de Berkman & Syme (1979) foi acrescentado ao questionário geral.

O estudo de confiabilidade realizado por Griep *et al.* (2003) mostrou que os coeficientes de correlação intraclasse (ICC) variaram em torno de 0,70 e 0,77 para número de parentes e de amigos íntimos. Para as variáveis referentes às atividades sociais e religiosas, a concordância (kw) variou entre 0,59 e 0,77. A confiabilidade da participação em atividades sociais foi avaliada posteriormente em população vinculada à ESF no município de Petrópolis, com o ICC variando de 0,60 (atividades esportivas e artísticas) a 0,78 (regularidade da frequência religiosa) (FORTES, 2004).

Portanto, as variáveis: número de parentes íntimos, número de amigos íntimos, frequência à atividade religiosa, participação em atividades esportivas e artísticas, foram selecionados para análises sobre a composição da rede de apoio dos participantes. Posteriormente agregados em um índice de rede de apoio estruturado por Correia (2013) descrito a seguir.

Portugal *et al* (2014) aponta a crescente utilização de medidas de integração social por parte de pesquisadores no campo das redes de apoio, no que se refere à avaliação de desfechos em saúde (Berkman's & Syme, 1979; Cohen *et al* 2000; Correia *et al*, 2013). Além disso, foram encontradas pesquisas que associaram a integração social e longevidade (Pinto *et al*, 2006), integração social e saúde e o sentimento de bem-estar entre gestantes adolescentes (Moreira e Sarriera, 2008). Foram assinalados como pontos fortes dos indicadores de integração social: a

estabilidade da medida ao longo do tempo, a possibilidade avaliação concreta, objetiva e de fácil interpretação (COHEN *et al.* 2000).

A literatura apresenta que os indicadores de integração social, agregam em seu escopo os seguintes componentes: situação conjugal, número de relações íntimas (com amigos e parentes) e participação em atividades comunitárias/religiosas, todos resultando em uma só medida (BERKMAN'S & SYME, 1979).

Para apresentar as relações entre a rede de apoio e os demais aspectos pesquisados, neste estudo, foi calculado o Índice de Rede Social (IRS). O IRS é um indicador de integração social já utilizado em outros estudos brasileiros (Correia *et al.*, 2013; Portugal *et al.*, 2014) que agrega informações sobre situação conjugal, número de relações íntimas e envolvimento comunitário em uma só medida, adotando um modelo muito conhecido proposto por *Berkman's & Syme* (1979).

O índice é calculado a partir da soma da seguinte pontuação: ter companheiro (não=0, sim=1); número de amigos e parentes íntimos (de 0-2 parentes e de 0-2 amigos íntimos= 0, qualquer outra combinação=1), participação em cultos e atividades religiosas (2 vezes/mês ou mais=1, outros=0), participação em atividades em grupo (não=0, sim=1).

Para mensurar o grau de integração social dos usuários, foram estabelecidas as seguintes categorias: isolamento (IRS=0 ou 1) e integração (IRS= 3 ou 4). Observando-se a escassez de oportunidade de participação em atividades em grupo da população pesquisada e considerando também a vulnerabilidade social a qual está submetida. Seguindo o padrão utilizado pesquisa anterior (Portugal *et al.*, 2014) a pontuação (IRS=2) não foi considerada em nenhuma das categorias estabelecidas por se tratar de grupo pouco diferenciado no aspecto composição da rede de apoio, podendo assim afetar as análises propostas.

#### Variáveis sobre discriminação

A partir da pergunta F19 do questionário geral referente à ocorrência de episódio em que o participante sentiu-se discriminado, foram computadas as repostas dadas aos oito itens de “a” a “h”. A primeira variável para análise da ocorrência de discriminação foi a variável “discr”, nessa variável foi considerado caso positivo para a discriminação o sujeito que teve a resposta sim para pelo menos 01 dos 08 itens. Portanto, foram identificados como participantes que não sofreram discriminação aqueles que apresentaram não em todos os itens.

A partir de cada uma das oito respostas específicas quanto a razão da discriminação foram agrupadas nas seguintes variáveis: discriminação por etnia/cor, por gênero, por religião, por orientação sexual, por incapacidade, por idade, por condição social/econômica, ou por outros motivos. A variável discriminação por outros motivos foi mantida dessa forma, pois os diversos motivos assinalados para a discriminação não puderam ser agregados em outras categorias devido a pouca homogeneidade nas respostas. Sendo assim, foi mantida a categoria discriminado por outras razões.

#### Variáveis: diabetes, hipertensão e obesidade

Para a construção das variáveis ter diabetes (sim ou não), ter hipertensão (sim ou não) e ter obesidade (sim ou não), foram utilizadas as respostas dadas a pergunta 4 do questionário preenchido pelo médico ou enfermeiro (anexo 3). A pergunta era subdividida entre o espaço para preenchimento com o nome da doença e 05 quadrinhos para marcação do nível de gravidade, sendo eles: em remissão, sob controle, leve, moderado e grave. No questionário o profissional teve a possibilidade de relatar todas as doenças físicas do paciente e classificar de acordo com o nível de gravidade da doença.

#### Variáveis: ansiedade, depressão e transtorno depressivo- ansioso

Para especificar o diagnóstico de Depressão ou Ansiedade entre os participantes da pesquisa foi aplicado o “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” – HAD, traduzida e validada no Brasil por Botega (1995). Obedecendo as recomendações foi considerado o ponto de corte 8/9 em ansiedade e depressão para inclusão na pesquisa como caso positivo. A partir disso foram criadas as variáveis, ter ansiedade (sim ou não) e ter depressão (sim ou não).

As variáveis incluídas nas análises estatísticas foram selecionadas mediante a constatação a partir da literatura, da existência ou possibilidade de alguma relação desta variável com as DCNT, os transtornos mentais e/ou a rede de apoio. Primeiramente, foram organizadas em categorias de forma dicotômica as variáveis contínuas como, idade, escolaridade e renda. Esse modelo de categorias dicotômicas permitiu uma melhor diferenciação entre os grupos,

pois foi verificado a partir das frequências que esta amostra é bastante homogênea. Logo, dicotomizar os grupos permitiu uma visualização mais clara das associações entre as variáveis que fizeram parte das análises previstas nos objetivos do estudo.

### 3.4 Análises Estatísticas

Os dados foram analisados no programa estatístico *SPSS 17*. Sendo observada inicialmente a distribuição de frequência de cada variável. Em seguida, realizou-se a distribuição conjunta de frequências incluindo as frequências relativas (percentagens) que foram calculadas em relação ao número total de participantes.

Foram também calculadas as prevalências gerais de cada uma das variáveis, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%, incluindo os dados sociodemográficos, econômicos, e tipo de diagnósticos apresentados. Foram realizadas as análises bivariadas por meio do qui-quadrado, associando as variáveis do IRS (isolamento e integração) aos desfechos: Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Ansiedade e Depressão, aferindo os valores de p-.

Além disso, foram feitas análises bivariadas por meio do qui-quadrado associando a variável discriminação aos desfechos: Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Ansiedade e Depressão, aferindo os valores de p-. E as variáveis do bloco “doenças físicas” aos desfechos: Ansiedade e Depressão; e, foram também calculados os OR brutos e seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

### 3.5 Aspectos éticos

A pesquisa-fonte que originou este banco de dados (Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento) foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos Comitês de Ética e Pesquisa das Secretarias Municipais do Rio de Janeiro (nº34/09) e de São Paulo (nº66/09), sendo sua realização considerada adequada à população humana.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, assim como informados que os dados serão divulgados coletivamente, garantindo o anonimato nos resultados. Para assegurar o caráter voluntário da participação todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afirmando consentimento de sua participação.

## 4 RESULTADOS

Foram pesquisados 1.466 pacientes usuários do serviço de Atenção Primária a Saúde dos municípios de Rio de Janeiro e São Paulo, observou-se predominância de mulheres (76,5%) e de casados (62,5%); (49,5%) dos participantes tinham entre 36 e 55 anos. O grau de instrução foi baixo, onde (33,6%) estudaram até a quarta série, a maior parte dos participantes tiveram como seu maior nível de escolaridade o ensino médio. A renda foi baixa, (38,7%) da amostra tinham renda familiar per capita mensal de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

A avaliação econômica da população foi feita através da aferição do conceito de “extrema pobreza” (ter no máximo meio salário mínimo de renda per capita familiar). A escolha de meio salário mínimo foi justificada pelo fato de que esse era o parâmetro governamental para alguns programas sociais (políticas públicas), nos quais essa deveria ser a renda per capita familiar máxima para aprovação do benefício a incapazes que nunca contribuíram para a previdência.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra. RJ e SP, 2010.

<b>Distribuição Sociodemografica (n=1466)</b>	<b>Total</b>		<b>Missing</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=1466)</b>				
Mulher	1121	76,5	0	0,0
Homem	345	23,5		
<b>Grau de Escolaridade (n=1466)</b>				
Até a 4ª serie	493	33,6	0	0,0
4ª serie ou mais	973	66,4		
<b>Renda Mensal Familiar SMI (n=1466)</b>				
Até 1 salário mínimo	568	38,7	0	0,0
Mais que 1 salário mínimo	898	61,3		
<b>Faixa Etária (n=1466)</b>				
18-35 anos	442	30,2	0	0,0
36 a 55	726	49,5		
56 ou mais	298	20,3		
<b>Estado civil (n=1466)</b>				
Casado/união estável	916	62,5	0	0,0
Outros	550	37,5		
<b>rede de apoio social SNIcat (n=1466)</b>				
Muito Isolado	114	7,7	0	0,0
Isolado	376	25,6		
Parcialmente Integrado	520	35,4		
Integrado	447	30,4		

Fonte: A autora, 2016.

Referente à presença de doenças físicas na amostra pesquisada identificou-se que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% dos usuários eram portadores de diabetes e 2,9% da amostra eram obesos. Quanto à ocorrência dos transtornos mentais tem-se 36,9% dos participantes com ansiedade, 25,1% com depressão e 18,4% do total dos respondentes tinham concomitantemente ansiedade e depressão ver (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das Doenças na amostra. RJ e SP, 2010.

Distribuição das doenças na amostra (n=1466)	Frequência		Missing	
	n	%	N	%
<b>Hipertensão</b>				
Sim	480	32,7	0	0,0
Não	986	67,3		
<b>Diabetes</b>				
Sim	131	8,9	0	0,0
Não	1335	91,1		
<b>Obesidade</b>				
Sim	42	2,9	0	0,0
Não	1424	97,1		
<b>Ansiedade</b>				
Sim	542	36,9	0	0,0
Não	924	63,1		
<b>Depressão</b>				
Sim	368	25,1	0	0,0
Não	1098	74,9		
<b>Transtorno Misto Ansiedade e Depressão</b>				
Sim	270	18,4		
Não	1196	81,6	0	0,0

Fonte: A autora, 2016.

No que se refere à composição da rede de apoio, a análise descritiva dessas variáveis identificou que 62,5% dos participantes disseram ter companheiro ou união estável; 20% disseram ter número de amigos superior a 2, 33,4% relataram ter mais que 02 de parentes íntimos. A categoria que soma a quantidade de amigos e parentes íntimos foi denominada “contato íntimo” para essa categoria e 42,3% dos participantes tinham a combinação mais que 02 amigos e mais que 02 parentes íntimos. Quanto a participação em atividade religiosa encontrou-se 61,2% tinham frequência religiosa de 2 vezes ou mais/mês e quanto a participação em atividades em grupo 29,1% dos usuários disseram ter participado de atividades em grupo sendo recreativa e/ou esportiva.

Inicialmente foram feitas análises bivariadas entre as variáveis da rede de apoio (ter companheiro, ter parente íntimo, ter amigo íntimo, participação em atividade em grupo,

participação em atividades religiosa e ter contato íntimo) e os desfechos: diabetes, hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão ver (Tabela 3).

Tabela 3: Desfechos em saúde e associação com variáveis da Rede de Apoio. RJ e SP, 2010.

Rede apoio 1466	HAS (480)		OR	IC	P- val.	Diabete (131)		OR	IC	P- val.	Obesid. (42)		OR	IC	P- val.
	n	%				n	%				n	%			
<b>Ter Companheiro</b>															
Sim	306	63,8	1,08	0,86	0,48	85	64,9	1,12	0,77	0,55	25	59,5	0,99	0,47	0,88
				-					-					-	
				1,35					1,63					1,64	
Não	174	36,3				46	35,1				17	40,5			
<b>Parente Íntimo (&gt; 2)</b>															
Sim	175	36,5	1,22	0,97	<b>0,09</b>	52	39,7	1,35	0,93	0,11	15	35,7	1,11	0,58	0,75
				-					-					-	
				1,53					1,94					2,10	
Não	305	63,5				79	60,3				27	64,3			
<b>Amigo Íntimo (&gt; 2)</b>															
Sim	99	20,6	1,06	0,80	0,67	25	19,1	0,94	0,59	0,79	4	9,5	0,41	0,14	<b>0,09</b>
				-					-					-	
				1,39					1,48					1,16	
Não	381	79,4				10	80,9				38	90,5			
						6									
<b>Participação em Atividade em Grupo</b>															
Sim	134	27,9	0,91	0,71	0,48	34	26,0	0,84	0,55	0,40	12	28,6	0,97	0,49	0,94
				-					-					-	
				1,16					1,26					1,91	
Não	346	72,1				97	74,0				30	71,4			
<b>Frequência Religiosa</b>															
Sim	309	64,4	1,19	0,95	0,12	95	73,1	<b>1,78</b>	1,18	<b>0,01</b>	24	57,1	1,00	0,51	1,00
				-					-					-	
				1,49					2,65					1,92	
Não	171	35,6				35	26,9				15	34,1			
<b>Contato Íntimo <math>\Sigma</math> (<math>\geq 2</math> amigos + <math>\geq 2</math>)</b>															
Sim	215	44,7	1,16	0,93	0,18	63	48,0	1,29	0,90	0,16	18	42,8	1,02	0,55	0,94
				-					-					-	
				1,45					1,85					1,90	
Não	265	55,2				68	51,9				24	57,1			

Fonte: A autora, 2016.

Entre os desfechos em saúde as associações identificadas foram: uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a variável “participação em atividade religiosa” associada ao diabetes (OR=1,77; IC 95% 1,18 – 2,65)  $p= 0,00$ . E uma associação invertida, porém limítrofe entre a variável amigo íntimo e a obesidade (OR=0,41; IC 95% 0,14 - 1,16)  $p= 0,09$  e parente íntimo e hipertensão (OR=1,22; IC 95% 0,97 – 1,53)  $p=0,09$ .

No tocante as associações das variáveis da rede de apoio com os transtornos mentais comuns, as associações foram marcadas em negrito na Tabela 4.

Tabela 4: Variáveis da rede de apoio e associação com transtornos mentais. RJ e SP, 2010

Variáveis da rede de apoio (n=1466)	Freq.		Ansiéd.		OR	IC	P-val	Depres.		OR	IC	P-val.
	n	%	n	%				n	%			
<b>Ter companheiro</b>												
Sim	916	62,5	348	64,2	1,12	0,90	0,29	227	61,7	0,95	0,74	0,71
Não	550	37,5	194	35,8		- 1,40		141	38,3		- 1,21	
<b>Parente Íntimo (&gt; 2)</b>												
Sim	490	33,4	150	27,7	<b>0,65</b>	<b>0,52</b>	<b>0,00</b>	87	23,6	<b>0,53</b>	<b>0,40</b>	<b>0,00</b>
Não	976	66,6	392	72,3		- <b>0,82</b>		281	76,4		- <b>0,69</b>	
<b>Amigo Íntimo (&gt; 2)</b>												
Sim	293	20,0	84	15,5	<b>0,62</b>	<b>0,47</b>	<b>0,00</b>	44	12,0	<b>0,46</b>	<b>0,32</b>	<b>0,00</b>
Não	1173	80,0	458	84,5		- <b>0,82</b>		324	88,0		- <b>0,65</b>	
<b>Participação em Atividade em grupo</b>												
Sim	427	29,1	123	22,6	<b>0,59</b>	<b>0,46</b>	<b>0,00</b>	71	19,2	<b>0,49</b>	<b>0,37</b>	<b>0,00</b>
Não	1039	70,8	419	77,3		- <b>0,76</b>		297	80,7		- <b>0,76</b>	
<b>Frequência Religiosa</b>												
Sim	897	61,5	322	59,7	0,88	0,71	0,27	229	62,9	1,07	0,84	0,57
Não	560	38,4	217	40,2		- 1,10		135	37,0		- 1,37	
<b>Contato Íntimo <math>\Sigma</math> (<math>\geq 2</math> amigos + <math>\geq 2</math> parentes)</b>												
Sim	620	42,2	192	35,4	<b>0,63</b>	0,51	<b>0,00</b>	113	30,7	<b>0,51</b>	0,40	<b>0,00</b>
Não	846	57,7	350	64,5		- 0,79		255	69,2		- 0,66	

Fonte: A autora, 2016.

Foram identificadas as seguintes associações; a variável amigo íntimo que classificou como casos positivos aqueles participantes que tiveram mais que 02 amigos íntimos, esteve associada negativamente à presença de ansiedade (OR=0,62; IC 95% 0,47 - 0,82) e depressão (OR=0,46; IC 95% 0,32 - 0,65). A variável parente íntimo, que identificou como casos positivos todos os participantes que alcançaram 02 ou mais parentes íntimos, esteve associada

negativamente a ansiedade (OR=0,65 IC 95% 0,52 - 0,82). A depressão também esteve associada a menor número de parentes íntimos na rede de apoio (OR=0,53; IC 95% 0,40 - 0,69).

Referente à análise da rede de apoio, para melhor estudar a rede desses pacientes foi construída a variável “contato íntimo” que uniu as respostas das variáveis parente íntimo e amigo íntimo. Foi considerado caso positivo para esta variável, aqueles casos que tinham a combinação mais que 02 amigos íntimos e mais que 02 parentes íntimos. Foram detectadas associações estatisticamente significativas negativas da variável “contato íntimo” com a presença de ansiedade (OR=0,63; IC 95% 0,51 - 0,79) e depressão (OR=0,51; IC 95% 0,40 - 0,66).

A participação em atividade religiosa considerou como casos positivos aqueles que tiveram frequência igual ou maior que 02 vezes ao mês, diferente das demais essa variável não esteve associada aos desfechos de adoecimento psíquico, esteve associada somente a presença do diabetes (OR=1,77; IC 95% 1,18 - 2,65).

Sobre a participação em atividade em grupo, foram considerados como casos positivos, aqueles que responderam sim para a pergunta: “pratica atividade em grupo?”. Foram identificadas associações estatisticamente significativas e negativas entre praticar atividade em grupo e ansiedade (OR=0,59; IC 95% 0,46 - 0,76)  $p < 0,01$  e entre atividade em grupo e depressão (OR=0,49; IC 95% 0,37 - 0,66).

#### **4.1 Rede de apoio, adoecimento físico e psíquico.**

Com a finalidade de classificar os participantes conforme a composição da sua rede de apoio, utilizou-se o (IRS) Índice de Rede Social, que reúne as 04 variáveis supracitadas [ter companheiro (não=0, sim=1), (de 0-2 parentes e de 0-2 amigos íntimos= 0, qualquer outra combinação=1), participação em cultos e atividades religiosas (2 vezes/mês ou mais=1, outros=0), participação em atividades em grupo (não=0, sim=1)]. A soma desses resultados originou o IRS do qual foram extraídas as seguintes classificações: isolado (0-1), parcialmente integrado (2) e integrado (3-4) (tabela 5).

Tabela 5: Pontuação do Índice de Rede Social e classificação. RJ e SP, 2010.

IRS - Índice de Rede Social (n=1457)	Frequência		Missing	
	n	%	N	%
<b>Pontuação</b>				
Isolado (0-1)	490	33,6	9	0,6
Parcialmente Integrado (2)	520	35,7		
Integrado (3-4)	447	30,5		
<b>Isolamento</b>				
Sim	490	33,6	9	0,6
Não	967	66,4		
<b>Integração</b>				
Sim	447	30,7	9	0,6
Não	1010	69,3		

Fonte: A autora, 2016.

Através do IRS foi constatado que 33,6% dos sujeitos foram identificadas como sendo isoladas (0-1), 35,7% parcialmente integradas pontuaram (2), e 30,5% dos participantes foram classificados como integrados (3-4). Optou-se por trabalhar com o pontos extremos dessa categoria (isolamento e integração) para correlacionar com as doenças físicas e transtornos mentais.

Nos indicadores da rede de apoio, as associações entre a integração e o diagnóstico de doença física não foram estatisticamente significativas, são elas: com o diabetes (OR=1,26; IC 95% 0,86-1,84), com a hipertensão (OR=1,16; IC 95% 0,92-1,47) e com a obesidade (OR=1,00 IC 95% 0,50-2,00) todas as associações foram positivas e não foram estatisticamente significativas. As associações entre o isolamento e as doenças físicas foram todas invertidas, sendo elas: isolamento e diabetes (OR=0,64; IC 95% 0,42-0,97), isolamento e hipertensão (OR=0,82; IC 95% 0,65-1,04), isolamento e obesidade (OR=0,87; IC 95% 0,43-1,74). O isolamento esteve associação negativa e significativa com o diabetes (tabela 6).

Nos indicadores da rede de apoio em associação com os transtornos mentais, verificaram-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a integração com a ansiedade (OR=0,61; IC 95% 0,48-0,77) e integração com a depressão (OR=0,51; IC 95% 0,38-0,68) neste caso a existência da integração protege os sujeitos frente à ocorrência dos transtornos mentais comuns. No tocante ao isolamento, verificaram-se as seguintes associações:

isolamento e ansiedade (OR=1,32; IC 95% 1,06-1,66) e isolamento e depressão (OR=1,39; IC 95% 1,08-1,77).

Tabela 6: Associação entre a rede de apoio e os desfechos em saúde. RJ e SP, 2010

Desfechos em saúde (n=1466)	Integra. (447)		OR	IC 95%	P- valor	Isolam. (490)		OR	IC 95%	P- valor
	n	%				n	%			
<b>Hipertensão</b>										
Sim	158	35,3	1,16	0,92- 1,47	0,19	148	30,2	0,82	0,65- 1,04	0,11
Não	289	64,7				342	69,8			
<b>Diabetes</b>										
Sim	46	10,3	1,26	0,86- 1,84	0,22	33	6,7	<b>0,64</b>	0,42- 0,97	<b>0,00</b>
Não	401	89,7				457	93,3			
<b>Obesidade</b>										
Sim	12	2,7	1,00	0,50- 2,00	0,99	12	2,4	0,87	0,43- 1,74	0,70
Não	435	97,3				478	97,6			
<b>Ansiedade</b>										
Sim	131	29,3	<b>0,61</b>	0,48- 0,77	<b>0,00</b>	203	41,4	<b>1,32</b>	1,06- 1,66	<b>0,01</b>
Não	316	70,7				287	58,6			
<b>Depressão</b>										
Sim	76	17,0	<b>0,51</b>	0,38- 0,68	<b>0,00</b>	143	29,2	<b>1,39</b>	1,08- 1,77	<b>0,00</b>
Não	371	83,0				347	70,8			
<b>Transtorno Misto Ansiedade e Depressão</b>										
Sim	50	11,2	<b>0,45</b>	0,32- 0,63	<b>0,00</b>	113	23,1	<b>1,57</b>	1,19- 2,06	<b>0,00</b>
Não	397	88,8				337	68,8			

Fonte: A autora, 2016.

Em muitos casos, os pacientes portadores de transtornos mentais apresentam os dois diagnósticos (ansiedade e depressão) concomitantemente, configurando o transtorno depressivo-ansioso. A partir de então, foram também feitas associações entre este e as variáveis da rede de apoio, para as quais foram detectadas associações negativas e estatisticamente significativas entre: integração com o transtorno depressivo-ansioso (OR=0,45; IC 95% 0,32-0,63) e isolamento com transtorno depressivo-ansioso (OR=1,57; IC 95% 1,19-2,06).

#### 4.2 Associações entre doenças físicas e transtornos mentais

Um dos objetivos desse estudo foi verificar a associação entre a presença das doenças físicas e dos transtornos mentais comuns. As doenças físicas pesquisadas foram diabetes, hipertensão e obesidade. As associações identificadas entre o diabetes e os transtornos mentais foram: diabetes e ansiedade (OR=1,17; IC 95% 0,81-1,69), diabetes e depressão (OR=0,96; IC 95% 0,63-1,45), diabetes e ansiedade/depressão (OR=1,10; IC 95% 0,70-1,73). As associações foram positivas entre o diabetes, transtorno de ansiedade e entre transtorno misto de ansiedade e depressão, porém entre o diabetes e a depressão a associação foi invertida. No entanto nenhum desses resultados foi estatisticamente significativo.

No caso da hipertensão, as associações identificadas a partir das análises bivariadas foram: hipertensão e ansiedade (OR=0,99; IC 95% 0,79-1,24) uma associação invertida, hipertensão e depressão (OR=0,88; IC 95% 0,68-1,13), hipertensão e ansiedade/depressão (OR=0,83; IC 95% 0,62-1,11). Verificou-se que entre a hipertensão e as três possibilidades de transtorno mental que as associações foram invertidas, ou seja, atuam em ordem inversa, porém nenhuma delas foi estatisticamente significativa, por isso, estes resultados não serão discutidos.

**Tabela 7: Associação entre doenças crônicas e transtornos mentais. RJ e SP, 2010**

Desfechos em saúde (n=1466)	HAS (480)		OR	IC 95%	P- valor	Diabetes (131)		OR	IC 95%	P- valor
	n	%				n	%			
<b>Ansiedade</b>										
Sim	177	36,9	0,99	0,79- 1,24	0,95	53	40,5	1,17	0,81- 1,69	0,38
Não	303	63,1				78	59,5			
<b>Depressão</b>										
Sim	113	23,5	0,88	0,68- 1,13	0,33	32	24,4	0,96	0,63- 1,45	0,85
Não	367	76,5				99	75,6			
<b>Ansiedade e Depressão</b>										
Sim	80	16,7	0,83	0,62- 1,11	0,22	26	19,8	1,10	0,70- 1,73	0,65
Não	400	83,3				105	80,2			

Fonte: A autora, 2016.

No tocante a associação entre o diagnóstico de obesidade e a presença de TMC o número de pacientes diagnosticados como obesos foi muito pequeno e não foi interessante apresentar a associação porque todas não apresentaram significância estatística. É importante ressaltar que o diagnóstico de obesidade 2,9% está muito abaixo da média nacional que varia entre 12,7% entre as mulheres e 8,8% entre homens. O mesmo ocorreu com a hipertensão e o diabetes as associações não foram estatisticamente significativas entre a presença do diabetes e da hipertensão com a presença de TMC.

Para as variáveis diabetes e hipertensão foram categorizados os níveis de gravidade da doença e feitas associações bivariadas entes os diferentes níveis de gravidade da doença e a presença do TMC. No entanto os estratos ficaram com um número pequeno de sujeitos e não foram detectadas associações estatisticamente significativas. Um dado importante desse resultado é que houve seis níveis de gravidade para a doença (sem sintomas, em remissão de sintomas, sob controle, leve, moderado e grave) e nenhum dos pacientes atendidos foram classificados como caso grave. A maior parte dos pacientes esteve classificado entre o nível de gravidade leve e em remissão de sintomas (tabela 8). É provável que os pacientes mais graves estejam recebendo cuidados em outros níveis de atenção, respeitando o modelo de atendimento da APS.

Tabela 8: Classificação das doenças crônicas em níveis de gravidade. RJ e SP, 2010

Distribuição Níveis de Gravidade	Frequência		Missing	
	n	%	N	%
<b>Hipertensão (480)</b>				
Sem sintoma c/diagnóstico	33	6,9	0	0,0
Em remissão de sintomas	179	37,3		
Sob controle	95	19,8		
Leve	137	28,5		
Moderado	36	7,5		
Grave	0	0,0		
<b>Diabetes (131)</b>				
Sem sintoma c/ diagnóstico	8	6,2	1	0,8
Em remissão de sintomas	40	30,8		
Sob controle	24	18,5		
Leve	45	34,6		
Moderado	13	10,0		
Grave	0	0,0		

Fonte: A autora, 2016.

### 4.3 Associações entre discriminação adoecimento físico e psíquico

Devido aos resultados obtidos nas análises descritas anteriormente, referente às diferenças na composição da rede de apoio e as associações destas com diferentes diagnósticos de doença física ou TMC, posteriormente, surgiu o interesse de analisar um item disponível nessa pesquisa sobre a experiência de discriminação. Foi acrescentado, portanto, aos nossos objetivos o estudo da associação entre a percepção de discriminação e os desfechos avaliados neste estudo.

Referente à ocorrência de discriminação, 28,1% dos participantes relatou ter vivido uma experiência de discriminação nos últimos 12 meses. Os resultados das oito categorias de motivos para a discriminação procedeu aos seguintes valores: discriminação por orientação sexual (1%), etnia/cor (2,8%), gênero (3,5%), incapacidade (5,1%), idade (7,1%), condição social/econômica (9,4%), religião (10,4%) e outras causas (11,7%) (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência do tipo de discriminação RJ e SP. 2010.

<b>Razão para discriminação (N=1466)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Missing</b>
<b>Outras causas</b>	171	11,7%	0
<b>Religião</b>	153	10,4%	5
<b>Situação Sócio/econômica</b>	138	9,4%	6
<b>Idade</b>	104	7,1%	5
<b>Incapacidade física</b>	75	5,1%	4
<b>Gênero</b>	52	3,5%	4
<b>Etnia/cor</b>	41	2,8%	5
<b>Orientação sexual</b>	15	1%	6

Fonte: A autora, 2016.

A variável discriminação por outras causas foi a que teve maior frequência de resposta (n=171) resultando em 11,7% do total da amostra. No entanto, o registro da causa foi deixado em branco por 113 participantes (66%). Entre os (44%) sujeitos que especificaram quais foram as causas para a discriminação (n=58), as respostas foram diversas, não sendo possível agregar as respostas em outras categorias devido a pouca homogeneidade. No entanto, verificou-se que

quatro dos motivos relatados como sendo geradores da discriminação tiveram uma frequência mais representativa, sendo eles: ser obeso (31%), aparência física (10,3%), ser nordestino (5,1%) e ter baixa escolaridade (5,1%), os demais resultados encontram-se representados na Tabela 10.

Tabela 10: Especificação das causas para discriminação na categoria outros RJ e SP. 2010.

<b>Razão para discriminação por outras causas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Ser obeso</b>	18	31,0%
<b>Aparência Física</b>	6	10,3%
<b>Ser nordestino</b>	3	5,17%
<b>Baixa Escolaridade</b>	3	5,17%
<b>Ter filho deficiente</b>	2	3,44%
<b>Ter parente Rico</b>	2	3,44%
<b>Incapacidade Profissional</b>	2	3,44%
<b>Em atendimento médico</b>	2	3,44%
<b>Ter engravidado</b>	2	3,44%
<b>Frequentar muitas igrejas</b>	1	1,72%
<b>Esquecimento</b>	1	1,72%
<b>Ser solteira</b>	1	1,72%
<b>Educação dos filhos</b>	1	1,72%
<b>Estatura</b>	1	1,72%
<b>Maneira de se expressar</b>	1	1,72%
<b>Pelo nome</b>	1	1,72%
<b>Ter varizes</b>	1	1,72%
<b>Falta de saúde</b>	1	1,72%
<b>Ser usuário de drogas</b>	1	1,72%
<b>Pelo trabalho serviços gerais</b>	1	1,72%
<b>Por relacionamento mais novo</b>	1	1,72%
<b>Em atendimento público (delegacia)</b>	1	1,72%
<b>Separação</b>	1	1,72%
<b>Ter filho</b>	1	1,72%
<b>Morar em favela</b>	1	1,72%
<b>No trabalho (hierarquia)</b>	1	1,72%
<b>Vida familiar estável</b>	1	1,72%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora, 2016.

Buscou-se identificar quais as associações existentes entre os diagnósticos de doenças físicas e transtornos mentais com a ocorrência de discriminação. A frequência absoluta das respostas referentes à ter qualquer discriminação, para os desfechos em saúde, obteve associações estatisticamente significativas com hipertensão (OR=0,73; IC 95% 0,56-0,93), obesidade (OR=2,39; IC 95% 1,29-4,43), ansiedade (OR=2,69; IC 95% 2,12- 3,40), depressão (OR= 2,20; IC 95% 1,71- 2,83) (Tabela 11).

Tabela 11: Associação entre discriminação e desfechos em saúde. RJ e SP, 2010

Desfechos em saúde (n=1455)	DISCRIMINAÇÃO		OR	IC 95%	P-valor	Missing	
	N	%				N	%
<b>Hipertensão</b>							
Sim	114	23,9	<b>0,73</b>	<b>0,56-0,93</b>	<b>0,01</b>	11	0,8
<b>Diabetes</b>							
Sim	33	25,4	0,85	0,56-1,29	0,46	11	0,8
<b>Obesidade</b>							
Sim	20	47,6	<b>2,39</b>	<b>1,29-4,43</b>	<b>0,00</b>	11	0,8
<b>Ansiedade</b>							
Sim	221	41,0	<b>2,69</b>	<b>2,12-3,40</b>	<b>0,00</b>	11	0,8
<b>Depressão</b>							
Sim	149	40,8	<b>2,20</b>	<b>1,71-2,83</b>	<b>0,00</b>	11	0,8

Fonte: A autora, 2016.

Após terem sido realizadas as associações pela variável discriminação generalizada, foram feitas novas associações para os motivos dados para a ocorrência de discriminação. Nas associações com doenças físicas, o diabetes do mesmo modo como ocorreu com a resposta generalizada para a variável discriminação, não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre a discriminação estratificada. No caso da hipertensão, havia sido identificada associação negativa e estatisticamente significativa com a variável discriminação geral, porém para a estratificação por razões da discriminação não foram encontradas associações estatisticamente significativas. Referente à associação entre obesidade e razões

para a discriminação, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre ser homem/mulher (OR=3,00; IC 95% 1,03-8,76), incapacidade física (OR= 2,60; IC 95% 0,99-6,83) p-valor= 0,04 limítrofe, idade (OR= 2,24; IC 95% 0,92- 5,46) p-valor = 0,06, também limítrofe, outras causas (OR= 0,28; IC 95% 0,10 - 0,75) (tabela 10).

Tabela 12: Associação entre discriminação especificada com doença física. RJ e SP, 2010

Tipos de Discriminação	Hipertensão (480)		P-valor	Diabetes (131)		P-valor	Obesidade (42)		P-valor
	OR	IC		OR	IC		OR	IC	
<b>Raça</b>	0,74	0,37 - 1,50	0,41	1,11	0,38 - 3,16	0,84	1,76	0,41 - 7,58	0,43
<b>Gênero</b>	0,67	0,35 - 1,27	0,22	0,40	0,96 - 1,66	0,19	<b>3,00</b>	<b>1,03 - 8,76</b>	<b>0,03</b>
<b>Orientação Sexual</b>	0,74	0,23 - 2,34	0,6	2,59	0,72 - 9,31	0,12	0,98	0,98 - 0,99	0,50
<b>Prática Religiosa</b>	0,93	0,65 - 1,33	0,70	0,77	0,40 - 1,47	0,43	1,74	0,76 - 3,99	0,18
<b>Incapacidade física</b>	1,02	0,62 - 1,68	0,91	0,88	0,37 - 2,08	0,78	<b>2,60</b>	<b>0,99 - 6,83</b>	<b>0,04</b>
<b>Idade</b>	0,86	0,55 - 1,33	0,51	1,51	0,82 - 2,79	0,18	2,24	0,92 - 5,46	0,06
<b>Situação econômica/Social</b>	0,82	0,56 - 1,21	0,32	0,78	0,40 - 1,53	0,47	1,62	0,67 - 3,92	0,27
<b>Outras causas</b>	1,08	0,62 - 1,88	0,77	0,96	0,37 - 2,44	0,93	<b>3,49</b>	<b>1,31 - 9,25</b>	<b>0,00</b>

Fonte: A autora, 2016.

As análises das associações com o adoecimento psíquico, detectaram associações estatisticamente significativas e positivas entre ansiedade e as estratificações: etnia (OR= 3,05; IC 95% 1,60- 5,82), gênero (OR= 2,39; IC 95% 1,03- 4,20), religião (OR= 1,84; IC 95% 1,31- 2,58), orientação sexual (OR= 3,44; IC 95% 1,17 - 10,1), incapacidade física (OR= 3,89; IC 95% 2,36- 6,39), idade (OR= 2,28; IC 95% 1,52-3,41), situação econômica/social (OR= 2,95; IC 95% 2,06 - 4,23), outras causas (OR=3,40; IC 95% 1,96 - 5,92).

Nas associações entre depressão e as estratificações da discriminação foram observadas associações estatisticamente significativas entre depressão e os motivos: etnia (OR= 2,95; IC 95% 1,58- 5,51), religião (OR= 1,67; IC 95% 1,17- 2,39), orientação sexual (OR= 3,45; IC 95% 1,24- 9,60), incapacidade física (OR= 2,94; IC 95% 1,84- 4,71), idade (OR=1,88; IC 95% 1,24- 2,85), situação econômica/social (OR= 2,82; IC 95% 1,97 - 4,04), outras causas (OR= 2,18; IC 95% 1,27- 3,73).

Tabela 13: Associação entre discriminação especificada com TMC. RJ e SP, 2010

Tipos de Discriminação	Ansiedade		P-valor	Depressão		P-valor
	OR	IC		OR	IC	
<b>Raça</b>	<b>3,05</b>	<b>160 - 5,82</b>	<b>0,00</b>	<b>2,95</b>	<b>1,58 - 5,51</b>	<b>0,00</b>
<b>Gênero</b>	<b>2,39</b>	<b>1,36 - 4,20</b>	<b>0,00</b>	1,10	0,59 - 2,06	0,75
<b>Orientação Sexual</b>	<b>3,44</b>	<b>1,17 -10,12</b>	<b>0,01</b>	<b>3,45</b>	<b>1,24 - 9,60</b>	<b>0,01</b>
<b>Prática Religiosa</b>	<b>1,84</b>	<b>1,31 - 2,58</b>	<b>0,00</b>	<b>1,67</b>	<b>1,17 - 2,39</b>	<b>0,00</b>
<b>Incapacidade física</b>	<b>3,89</b>	<b>2,36 - 6,39</b>	<b>0,00</b>	<b>2,94</b>	<b>1,84 - 4,71</b>	<b>0,00</b>
<b>Idade</b>	<b>2,28</b>	<b>1,52 - 3,41</b>	<b>0,00</b>	<b>1,88</b>	<b>1,24 - 2,85</b>	<b>0,00</b>
<b>Situação econômica/social</b>	<b>2,95</b>	<b>2,06 - 4,23</b>	<b>0,00</b>	<b>2,82</b>	<b>1,97 - 4,04</b>	<b>0,00</b>
<b>Outras causas</b>	<b>3,40</b>	<b>1,96 - 5,92</b>	<b>0,00</b>	<b>2,18</b>	<b>1,27 - 3,73</b>	<b>0,00</b>

Fonte: A autora, 2016.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Padrões de apoio social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais (artigo científico aceito para publicação)

#### **Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais.**

Social Support Standards in Primary Health Care : Differences between having physical illness or mental disorders.

Ellen Ingrid Souza Aragão<sup>1</sup>, Flávia Batista Portugal<sup>2</sup>, Mônica Rodrigues Campos<sup>3</sup>, Daniel Almeida Gonçalves<sup>4</sup>, Jair de Jesus Mari<sup>5</sup>, Sandra Lucia Correia Lima Fortes<sup>6</sup>.

1 - Psicóloga especialista em Psicologia Médica, mestranda da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2- Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho, mestre em saúde coletiva -UFES. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fiocruz.

3- Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, professora Titular da Fundação Oswaldo Cruz, orientando mestrado/ doutorado em Saúde Pública. ENSP/Fiocruz.

4- Médico de Família e Comunidade, mestre em psiquiatria e psicologia médica e doutorado em saúde coletiva pela Universidade Federal de São Paulo.

5- Médico, Ph.D., professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Honorary Visiting Professor, Centre for Public Mental Health, Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, University of London. Departamento de Psiquiatria Universidade Federal de São Paulo.

6- Médica, mestre em Psiquiatria pela UFRJ e doutora em Saúde Pública e Epidemiologia UERJ. Professora adjunta de Psicologia Médica e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade do Rio de Janeiro, e psiquiatra no Ministério da Saúde, supervisora de saúde mental para o programa de saúde da família.

## **5.1 Artigos 1: Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais.**

### **Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais.**

Social Support Standards in Primary Health Care: differences between having physical illness or mental disorders.

#### **Autores**

##### **1- Ellen Ingrid Souza Aragão**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) ellen.isapsi@hotmail.com

##### **2 - Mônica Rodrigues Campos**

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) monicarodriguescampos@gmail.com

##### **3 -Flávia Batista Portugal**

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) flaviabportugal@gmail.com

##### **4- Daniel Almeida Gonçalves**

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) daniel.almeida.33@gmail.com

##### **5- Jair de Jesus Mari**

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) jamari17@gmail.com

##### **6- Sandra Lúcia Correia Lima Fortes**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sandrafortes@gmail.com

**Resumo:** A rede de apoio é considerada um agente protetor da saúde em seus aspectos físico, mental e psicológico, proporcionando melhor qualidade de vida, favorecendo adaptação às condições adversas, promovendo resiliência e a mobilização de recursos no enfrentamento de eventos de vida negativos que podem levar ao adoecimento. O nosso objetivo foi estudar a relação entre doenças físicas, transtorno mental comum e a rede de apoio social dos pacientes atendidos na Atenção Primária a Saúde no Rio de Janeiro e São Paulo em um estudo de corte transversal com 1466 pacientes entre 18 e 65 anos. Para aferir o tipo de rede de apoio foi utilizado o Índice de Rede Social por meio das categorias: isolamento e integração. Para aferir o diagnóstico de doença física foi utilizado o questionário pelo médico/enfermeiro e para

detecção dos transtornos mentais foi utilizado o Hospital Anxiety and Depression Scale. Verificou-se que o padrão da rede de apoio foi diferente entre as doenças físicas e os transtornos mentais. Foram detectadas associações negativas entre diabetes e isolamento (OR 0,64 IC 0,42-0,97); integração e ansiedade (OR 0,61 IC 0,48-0,77) integração e depressão (OR 0,51 IC 0,38-0,68) e associações positivas do isolamento com ansiedade (OR 1,32 IC 1,06-1,66) e isolamento e depressão (OR 1,39 IC 1,08-1,77).

Palavras-chave: apoio social; atenção primária à saúde; saúde mental; doenças crônicas.

**Abstract:** The social support network is considered a health protective factor involving physical, mental and psychological aspects as it provides better quality of life, promotes better adaptation to adverse conditions, increases resilience, and a more effective coping with negative life events that can lead to illness. Our aim is to study the association between physical illness, common mental disorders and social support network of patients seen in primary care units in the cities of Rio de Janeiro and Sao Paulo in a cross-sectional study with 1466 patients between 18 and 65 years. To assess the support network we used the Social Network Index (SNI) through the following categories: isolation and integration while the Hospital Anxiety and Depression Scale was used for detection of common mental disorders. To assess the diagnosis of physical illness the doctor / nurse completed a questionnaire and It was found that the pattern of social support was different depending on the presence of physical illness or mental disorders. There was an inverse association between diabetes and isolation (OR 0,64 IC 0,42-0,97) ; integration and anxiety (OR 0.61 CI 0.48-0.77 ) integration and depression (OR 0.51 CI 0.38-0.68). and positive associations isolation with anxiety (OR 1.32 CI 1.06 -1.66 ) and isolation and depression (OR 1.39 CI 1.08 to 1.77 ) .

Keywords: social support; primary care health; mental health; Chronic diseases.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais ocorre muito cedo a partir do convívio familiar, ganhando maior expressão com o crescimento e desenvolvimento do sujeito por meio dos ambientes escolares, sociais e profissionais. A rede de apoio é formada pelo somatório das relações interpessoais do sujeito, desenvolvidas ao longo da vida e percebidas como significativas, que o auxiliam a enfrentar situações difíceis<sup>1,2</sup>.

O apoio ofertado por esta rede é descrito na literatura como importante recurso no enfrentamento de situações adversas da vida, por promover resiliência e habilitar o sujeito a

utilizar os recursos psicológicos para contornar seus problemas emocionais<sup>3</sup>. Além disso, o apoio social está associado a comportamentos de adesão a tratamentos de saúde e ao senso de estabilidade e bem-estar psicológico<sup>4</sup>, mostrando-se capaz de reduzir a suscetibilidade individual para enfermidades<sup>5,6,7</sup>, atuando como fator de proteção à saúde<sup>2,8,9</sup>. Pesquisa internacional<sup>10</sup> demonstrou que o apoio da rede foi capaz de proteger os indivíduos de crises oriundas de diversos estados patológicos, tais como tendência suicida, alcoolismo e sociofobia.

A rede de apoio também contempla o campo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que se constituem como um grave problema atual. Dentre as DCNT destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus. O aumento destas está principalmente relacionado com o envelhecimento da população brasileira<sup>11</sup> e fatores como a desigualdade social e a dimensão continental do país dificultam as ações de prevenção e combate<sup>12</sup>.

Pesquisas têm demonstrado que as intervenções que fortalecem a rede de apoio proporcionam melhor qualidade de vida e estão também associadas a melhores condições de saúde para a população<sup>13,14</sup>. Em pacientes hipertensos a influência positiva da rede de apoio atua favorecendo o enfrentamento à condição limitante imposta pela enfermidade frente às relações do paciente com o trabalho, a família, amigos e parceiros<sup>15</sup>, promovendo melhor da qualidade de vida, tanto no domínio físico, quanto no psicológico<sup>15,16</sup>.

Em contrapartida, outros estudos<sup>17,18,19</sup> demonstraram que o baixo apoio social pode ser considerado fator agravante para o desenvolvimento do diabetes. Pessoas com baixa percepção de apoio social apresentaram controle glicêmico expressivamente inferior quando submetidos a situações estressantes. A percepção do apoio também foi identificada como um fator de influência sobre os diferentes comportamentos<sup>3</sup> diminuindo a probabilidade de ocorrência daqueles disfuncionais no cotidiano ou durante tratamentos<sup>20</sup>.

Uma pesquisa realizada no sul do Brasil<sup>21</sup> identificou associações da obesidade com o isolamento, o estresse e a depressão. Para estes pacientes o grupo de apoio foi uma ferramenta importante no processo de fortalecimento dos recursos internos, desenvolvimento de relações de amizade, promoção de autonomia, melhora da autoimagem e autoestima, atuando no combate ao isolamento social.

No Brasil, a esfera de atendimento à saúde da população que contempla as DCNT é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é uma proposta da Atenção Primária à Saúde (APS). A ESF atua sobre os determinantes sociais da saúde através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado, cura, reabilitação e palição de condições de saúde<sup>12,22,23</sup>. No contexto da APS, existem eixos responsáveis por direcionar sua atuação.

Dentre eles pode-se destacar o acolhimento e o vínculo, os quais facilitam o cuidado com pacientes e seus familiares, além de possibilitarem a escuta, o desenvolvimento da confiança entre paciente e equipe, e a aproximação do profissional, a qual favorece a orientação voltada à integralidade e à resolubilidade dos problemas<sup>24</sup>.

Os profissionais da ESF têm identificado a busca, por parte dos pacientes, de alívio para queixas relacionadas ao sofrimento difuso e outros problemas de ordem emocional, psicológica e social<sup>9</sup>. Os problemas de saúde mental são comuns na APS, sendo esta a via de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Além disso, constata-se que pessoas com doenças crônicas possuem taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral<sup>25</sup>. Na Inglaterra de 20 a 25% das consultas no sistema de saúde tem como razão única alguma queixa em saúde mental<sup>9</sup>. O cuidado em saúde mental na APS tem sido considerado satisfatório e mais eficaz que o modelo de atendimento hospitalocêntrico<sup>26,27</sup>.

Os índices de Transtornos Mentais Comuns (TMC) no contexto da ESF são prevalentes, variando entre 38 e 56%<sup>28</sup>. Nos anos 90, um estudo multicêntrico da OMS identificou para o Rio de Janeiro que 46% dos usuários apresentavam TMC e 38% apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os principais deles transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo e transtorno de somatização<sup>29,30,31</sup>. Tavares<sup>32</sup>, em pesquisa realizada na ESF, verificou que a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental foi de 19,48%. Destes, 43% apresentaram sofrimento psíquico, 34,7% apresentaram transtorno mental grave e 19,5% transtorno mental comum leve/moderado.

Em pesquisa da OMS para Classificação Internacional de Doenças (CID-11)<sup>33</sup> na APS, houve apoio generalizado dos médicos de família para a inclusão da categoria depressão-ansiosa, considerada muito comum no contexto da APS nos 07 países onde a pesquisa foi realizada, demonstrando ser o transtorno depressivo-ansioso o mais prevalente na APS. Em estudo multicêntrico brasileiro realizado na APS<sup>34</sup> foi verificada a prevalência, em quatro cidades brasileiras, de ansiedade e depressão respectivamente: Rio de Janeiro, 35,4% e 25,0%; São Paulo, 39,5% e 25,3%; Fortaleza, 43,0% e 31,0%; e Porto Alegre, 37,7% e 21,4%. Além disso, indicadores sociodemográficos tiveram relevância na ocorrência em tal condição clínica, sendo os problemas de saúde mental mais altos em mulheres, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e renda.

Costa e Ludermir<sup>35</sup> avaliando a relação entre TMC e indicadores de funcionamento social como sentir-se amado e ter amigos íntimos, mostraram que estes estiveram relacionados a baixos níveis de ansiedade, depressão, somatização e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse. Estes autores explicam a relação entre saúde mental e o apoio social

através de duas teorias: a primeira afirma que o suporte social afeta diretamente a saúde mental e, a segunda, indica que o indivíduo que conta com alto nível de apoio social enfrenta com maior positividade as situações estressantes, se comparado a outros que não dispõem deste recurso.

As ações que fortalecem a rede de apoio são eficazes no cuidado dos pacientes atendidos na APS. O apoio ofertado pelos profissionais de saúde por meio da visita domiciliar também é sinalizado como relevante neste processo, por possibilitar o acompanhamento do uso adequado dos medicamentos, aquisição da receita de psicotrópicos, fornecer apoio e esclarecer dúvidas dos familiares, além de prestar orientações que se tornem necessárias posteriormente<sup>27,36</sup>. Estes cuidados prestados proporcionam a melhora do quadro clínico, das relações familiares, além de favorecer a integração e o fortalecimento do vínculo entre o paciente e sua família com a equipe que lhe presta cuidados, elegendo-a como uma fonte de apoio necessário para intervir em situações de crise<sup>24,35</sup>.

O objetivo do presente estudo foi identificar as associações existentes entre a rede de apoio social dos sujeitos, mensurada através das categorias de integração e isolamento com doenças físicas (ter hipertensão, diabetes ou obesidade) e os transtornos mentais (ter ansiedade ou depressão), no contexto da APS nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro.

A pesquisa-fonte foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos Comitês de Ética em Pesquisa das Secretarias Municipais do Rio de Janeiro (nº34/09) e de São Paulo (nº66/09), sendo sua realização considerada adequada à população humana.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre as associações entre apoio social adoecimento físico e psíquico na atenção primária, extraído de um projeto de intervenção. Utilizou-se como fonte de informação o banco de dados do estudo “*Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento*”<sup>37</sup>, financiada pelo CNPq aqui denominada de pesquisa-fonte, cujo objetivo era avaliar o impacto das capacitações em saúde mental nas atividades assistenciais na APS. A amostra foi composta de 1.466 pacientes, atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios do Rio de Janeiro (N=909) e São Paulo (N=557) nos anos de 2009 e 2010. Foram incluídos pacientes entre 18 e 65 anos atendidos pelos médicos e enfermeiros, exceto grávidas e pacientes com déficit cognitivo. Os dados apresentados neste artigo foram analisados

nos anos de 2014 e 2015 e compõem parte da pesquisa realizada na dissertação de mestrado da autora principal.

Os instrumentos usados na pesquisa-fonte foram: um questionário geral, organizado a partir do questionário geral aplicado e validado nos estudos de corte transversal<sup>28,29,31</sup>. O instrumento coletou dados referentes aos seguintes aspectos:

- aspectos sociodemográficos e econômicos: renda, escolaridade, religião, raça, emprego, entre outros).
- Indicadores de funcionamento social: participação em atividades laborativas, religiosas, esportivas, artísticas e sociais.

Variáveis de rede de apoio social: quantidade de amigos e parentes com os quais se pode contar em situações difíceis, participação em atividades religiosas e de lazer coletivas, participação em trabalhos voluntários e reuniões em grupos comunitários.

A presença de ansiedade e depressão foi aferida pela **“Hospital Anxiety and Depression Scale” – HAD** para aferição das síndromes ansiosas e depressivas, uma escala traduzida e validada no Brasil por Botega<sup>38</sup>. Foi considerado o ponto de corte 8/9 como indicador de ansiedade e depressão. Para classificar o transtorno depressivo-ansioso foi necessário que o paciente tivesse pontuado 8/9 nos dois diagnósticos, ansiedade e depressão.

E, por fim, utilizou-se o questionário para o Médico e Enfermeiro<sup>37</sup>, como indicador da presença de hipertensão, diabetes e obesidade. A pergunta ‘4’ indicava se o paciente era ou não portador de doença física, assinalando qual a doença e cinco opções de níveis de gravidade da mesma (em remissão, sob controle, caso leve, caso moderado, caso grave). O questionário fora respondido ao final de cada consulta pelo o profissional que realizou o atendimento (médico ou enfermeiro).

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 17. Sendo observadas inicialmente a distribuição de frequência de cada variável, em seguida, realizou-se a distribuição conjunta de frequências incluindo as frequências relativas (percentagens) que foram calculadas em relação ao número total de participantes. Foram também calculadas as prevalências gerais de cada uma das variáveis, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%, incluindo os dados sociodemográficos, econômicos, e tipo de diagnósticos apresentados.

Foram realizadas as análises bivariadas por meio do qui-quadrado, associando as variáveis isolamento e integração aos desfechos: Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Ansiedade e Depressão, aferindo os valores de p-. Posteriormente, foram realizadas análises, onde as associações entre cada variável sociodemográfica e a “integração” (s/n), bem como o “isolamento” (s/n), foram investigadas, apresentando-se os OR’s e respectivos intervalos de

confiança. De modo a contemplar este mesmo aspecto em relação aos desfechos em saúde, foram também elaboradas análises onde as associações entre estes e o “isolamento” (s/n), bem como com a “integração” (s/n), foram avaliadas apresentando-se os OR’s e respectivos intervalos de confiança, ajustados pelas variáveis sociodemográficas que apresentaram significância estatística ( $p$ valor < 10%) na análise bivariada.

## **CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS**

### Variáveis sóciodemográficas

Foram selecionadas as seguintes variáveis para análise: gênero, estado civil, faixa etária (Até 40 anos e acima de 40 anos), grau de instrução (Até a 4ª série e a partir da 4ª série do Ensino Fundamental) e renda familiar *per capita* (Até um salário-mínimo e acima de 1 salário-mínimo). No presente estudo foi verificado, a partir das frequências das respostas a cada variável, que esta amostra é bastante homogênea. Dessa forma, as variáveis foram organizadas em categorias de forma dicotômica, o que permitiu uma melhor diferenciação entre os grupos e uma visualização mais clara das associações realizadas.

### Variáveis da rede de apoio

Para a construção das variáveis da rede de apoio, o levantamento de dados foi feito através do questionário geral acrescido de um bloco de perguntas sobre rede de apoio elaborado para o estudo Pró-Saúde por Chor *et al.*<sup>4</sup> e adaptado do instrumento de Berkman & Syme (1979)<sup>39,40</sup>. Foi utilizado o Índice de Rede Social (IRS), um indicador de integração social estruturado por Correia<sup>40</sup> aplicado em outros estudos brasileiros<sup>40,41</sup>. Este índice é calculado a partir da soma das variáveis: ter companheiro (não=0, sim=1); número de amigos e parentes íntimos (de 0-2 parentes e de 0-2 amigos íntimos= 0, qualquer outra combinação=1), participação em cultos e atividades religiosas (2 vezes/mês ou mais=1, outros=0), participação em atividades em grupo (não=0, sim=1).

Para mensurar o grau de integração social dos usuários, foram estabelecidas as seguintes categorias: isolamento (IRS=0 ou 1) e integração (IRS= 3 ou 4). Observando-se a escassez de oportunidade de participação em atividades em grupo da população pesquisada e considerando também a vulnerabilidade social a qual está submetida. Seguindo o padrão utilizado em pesquisa anterior<sup>41</sup> a pontuação (IRS=2) não foi considerada em nenhuma das categorias estabelecidas por se tratar de grupo pouco diferenciado no aspecto composição da rede de apoio, podendo assim afetar as análises propostas.

#### Variáveis Diabetes, Hipertensão e Obesidade

Para a construção das variáveis ter diabetes (sim ou não), ter hipertensão (sim ou não) e ter obesidade (sim ou não), foram utilizadas as respostas ao questionário aplicado pelo médico ou enfermeiro.

#### Variáveis Ansiedade e Depressão

Para especificar o diagnóstico de depressão, ansiedade e transtorno depressivo-ansioso entre os participantes da pesquisa, foi aplicado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD)<sup>39</sup>, a partir do qual foram criadas as variáveis ter ansiedade (sim ou não), ter depressão (sim ou não) e ter transtorno depressivo-ansioso (sim ou não).

As variáveis incluídas nas análises estatísticas foram selecionadas mediante a constatação, a partir da literatura, da existência ou possibilidade de alguma relação destas com as DCNT, os transtornos mentais e/ou a rede de apoio.

### **RESULTADOS**

No Perfil sociodemográfico observou-se predominância de mulheres (76,5%) e de casados (62,5%); 49,5% dos participantes tinham entre 36 e 55 anos e a maioria (72,8%) referiu não ser branco. O grau de instrução foi baixo, onde 33,6% estudaram até a quarta série; A renda foi baixa, 38,7% da amostra tinham renda familiar per capita mensal de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra. RJ e SP. 2010.**

<b>Distribuição Sociodemográfica (n=1466)</b>	<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=1466)</b>		
Mulher	1121	76,5
Homem	345	23,5
<b>Grau de Escolaridade (n=1466)</b>		
Até a 4ª série	493	33,6
4ª série ou mais	973	66,4
<b>Renda Mensal Familiar SMI (n=1466)</b>		
Até 1 salário mínimo	568	38,7
Mais que 1 salário mínimo	898	61,3
<b>Faixa Etária (n=1466)</b>		
18-35 anos	442	30,2
36 a 55	726	49,5
56 ou mais	298	20,3
<b>Estado civil (n=1466)</b>		
Casado/união estável	916	62,5
Outros	550	37,5
<b>Rede de apoio social SNIcat (n=1466)</b>		
Muito Isolado	114	7,7
Isolado	376	25,6
Parcialmente Integrado	520	35,4
Integrado	447	30,4

Fonte: A autora, 2016.

Referente à presença de doenças físicas na amostra pesquisada os profissionais (médicos e enfermeiras) identificaram que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% eram portadores de diabetes e 2,9% da amostra eram obesos. Quanto à ocorrência dos transtornos mentais tem-se 36,9% dos participantes com ansiedade, 25,1% com depressão e 18,4% dos respondentes tinham concomitantemente ansiedade e depressão.

Foram realizadas as análises das associações controladas pelas possíveis variáveis de confundimento, separadamente para “integração” e “isolamento”, onde as associações entre cada variável sociodemográfica e a “integração” (s/n), bem como o “isolamento” (s/n), foram investigadas, apresentando-se os OR´s e respectivos intervalos de confiança.

**Tabela 2 Associação entre a Integração e as variáveis sócio-demográficas. RJ e SP. 2010.**

Variáveis sociodemográficas (n=1466)	Integração (447)		OR	IC 95%	P-valor
	n	%			
<b>Sexo</b>					
Mulher *	325	29,2	<b>1,34</b>	<b>1,03 – 1,73</b>	<b>0,02</b>
Homem	122	35,6			
<b>Grau de Escolaridade</b>					
Até 4ª série *	150	30,6	1,00	0,79 – 1,27	1,00
5ª série ou mais	297	30,7			
<b>Renda Mensal Familiar</b>					
Até 1 salário mínimo *	161	28,6	1,17	0,93 - 1,47	0,18
Mais que 1 salário mínimo	286	32,0			
<b>Faixa Etária (n=1466)</b>					
18-35 anos *	113	25,9	- &	<b>1,00</b>	<b>0,03</b>
36 a 55	238	30,0	1,41	<b>1,08 – 1,84</b>	<b>0,01</b>
56 ou mais	96	32,2	1,36	<b>1,36 – 0,99</b>	<b>0,06</b>
<b>Estado civil (n=1466)</b>					
Casado/união estável <sup>&amp;</sup>	395	43,3	<b>7,21</b>	<b>5,26 – 9,88</b>	<b>0,00</b>
Outros	52	9,6			

<sup>&</sup> Categoria de referência do Odds ratio (OR).

Fonte: A autora, 2016.

Através do IRS foi constatado que 33,6% da amostra foi classificada como isolada (0-1 pontos), 35,7% parcialmente integradas (2), e 30,5% como integrada (3-4). As associações entre as variáveis sociodemográficas e o isolamento foram estatisticamente significativas entre gênero (OR= 0,77; IC 95% 0,59-1,01), idade (OR= 0,72; IC 95% 0,56-0,92) e estado civil (OR= 0,10; IC 95% 0,08-0,13). (Tabela 2) As associações entre a integração e as variáveis sócio-demográficas seguiram o mesmo comportamento (tabela 3) tendo como variáveis com associações estatisticamente significativas gênero (OR= 1,34; IC 95% 1,03-1,73), idade (OR= 1,41; IC 95% 1,08-1,84) e estado civil (OR= 7,21; IC 95% 5,26-9,88).

**Tabela 3 Associação entre o Isolamento e as variáveis sócio-demográficas. RJ e SP. 2010.**

Variáveis sociodemográficas (n=1466)	Isolamento (490)		OR	IC 95%	P-valor
	n	%			
<b>Sexo</b>					
Mulher	389	34,9	<b>0,77</b>	<b>0,59 – 1,01</b>	<b>0,06</b>
Homem	101	29,4			
<b>Grau de Escolaridade</b>					
Até 4ª série	166	33,9	0,98	0,78 – 1,23	0,90
4ª série ou mais	324	33,5			
<b>Renda Mensal Familiar</b>					
Até 1 salário mínimo	199	35,3	0,88	0,70 – 1,10	0,28
Mais que 1 salário mínimo	291	32,6			
<b>Faixa Etária (n=1466)</b>					
18-35 anos	171	39,1	- &	<b>1,00</b>	<b>0,01</b>
36 a 55	228	31,6	0,72	<b>0,56 – 0,92</b>	<b>0,01</b>
56 ou mais	91	30,5	0,68	<b>0,50 – 0,93</b>	<b>0,02</b>
<b>Estado civil (n=1466)</b>					
Casado/união estável	143	15,7	<b>0,10</b>	<b>0,08 – 0,13</b>	<b>0,00</b>
Outros	347	63,8			

Fonte: A autora, 2016.

As associações entre a integração e o diagnóstico de doença física, não foram estatisticamente significativas, sendo elas: integração com diabetes (OR=1,26; IC 95% 0,86-1,84), hipertensão (OR=1,16; IC 95% 0,92-1,47) e obesidade (OR=1,00 IC 95% 0,50-2,00). As análises das associações entre a integração e os diagnósticos de doença física ajustados pelas variáveis sociodemográficas (gênero, faixas etárias e estado civil) seguiram o mesmo comportamento diabetes (OR=1,15; IC 95% 0,76-1,74), hipertensão (OR=1,05; IC 95% 0,80-1,38) e obesidade (OR=1,03 IC 95% 0,49-2,17) (tabela 4).

Tabela 4: Associação entre a Integração e os diagnósticos em saúde. RJ e SP. 2010.

Desfechos em saúde (n=1466)	Integração (447)		OR Bruto	IC 95%	P- valor	OR Ajustado	IC 95%	P- valor
	n	%						
<b>Hipertensão</b>								
Sim	158	35,3	1,16	0,92 – 1,47	0,19	1,05	0,80 – 1,38	0,70
Não	289	64,7						
<b>Diabetes</b>								
Sim	46	10,3	1,26	0,86 – 1,84	0,22	1,15	0,76 – 1,74	0,49
Não	401	89,7						
<b>Obesidade</b>								
Sim	12	2,7	1,00	0,50 – 2,00	0,99	1,03	0,49 – 2,17	0,92
Não	435	97,3						
<b>Ansiedade</b>								
Sim	131	29,3	<b>0,61</b>	<b>0,48 – 0,77</b>	<b>0,00</b>	<b>0,54</b>	<b>0,42 – 0,70</b>	<b>0,00</b>
Não	316	70,7						
<b>Depressão</b>								
Sim	76	17,0	<b>0,51</b>	<b>0,38 – 0,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,47</b>	<b>0,35 – 0,64</b>	<b>0,00</b>
Não	371	83,0						
<b>Transtorno Misto (Ans. e Dep.)</b>								
Sim	50	11,2	<b>0,45</b>	<b>0,32 – 0,63</b>	<b>0,00</b>	<b>0,42</b>	<b>0,30 – 0,60</b>	<b>0,00</b>
Não	397	88,8						

\* Ajustado por Gênero, Idade e Estado Civil

Fonte: A autora, 2016.

Foi detectada associação estatisticamente significativa e negativa entre o isolamento e diabetes (OR=**0,64**; IC 95% **0,42-0,97**), as demais associações também não foram significativas do isolamento com hipertensão (OR=0,82; IC 95% 0,65-1,04) e obesidade (OR=0,87; IC 95% 0,43-1,74). Após o ajuste desta análise pelas variáveis sócio-demográficas este resultado da associação entre o isolamento e o diabetes passou a não ter significância (OR=0,70; IC 95% 0,44-1,13) e as demais associações permaneceram sem significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5: Associação entre o Isolamento e os diagnósticos em saúde. RJ e SP. 2010.

Desfechos em saúde (n=1466)	Isolamento (490)		OR	IC 95%	P-valor	OR Ajus.	IC 95%	P-valor
	n	%						
<b>Hipertensão</b>								
Sim	148	30,2	0,82	0,65 – 1,04	0,11	0,94	0,70 – 1,26	0,69
Não	342	69,8						
<b>Diabetes</b>								
Sim	33	6,7	<b>0,64</b>	0,42 – 0,97	<b>0,03</b>	0,70	0,44 – 1,13	0,15
Não	457	93,3						
<b>Obesidade</b>								
Sim	12	2,4	0,87	0,43 – 1,74	0,70	0,81	0,37 – 1,80	0,61
Não	478	97,6						
<b>Ansiedade</b>								
Sim	203	41,4	<b>1,32</b>	<b>1,06 – 1,66</b>	<b>0,01</b>	<b>1,58</b>	<b>1,21 – 2,05</b>	<b>0,00</b>
Não	287	58,6						
<b>Depressão</b>								
Sim	143	29,2	<b>1,39</b>	<b>1,08 – 1,77</b>	<b>0,00</b>	<b>1,53</b>	<b>1,15 – 2,05</b>	<b>0,00</b>
Não	347	70,8						
<b>Transtorno misto (Ans. e Dep.)</b>								
Sim	113	23,1	<b>1,57</b>	<b>1,19 – 2,06</b>	<b>0,00</b>	<b>1,83</b>	<b>1,33 – 2,52</b>	<b>0,00</b>
Não	337	68,8						

\* Ajustado por Gênero, Idade e Estado Civil

Fonte: A autora, 2016.

No que diz respeito às associações entre os indicadores da rede de apoio e os transtornos mentais, verificaram-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a integração e a ansiedade (OR=**0,61**; IC 95% **0,48-0,77**) e integração e a depressão (OR=**0,51**; IC 95% **0,38-0,68**). A associação manteve seu grau de significância nas associações ajustadas, sendo elas: integração e a ansiedade (OR=**0,54**; IC 95% **0,42-0,72**) e integração e a depressão (OR=**0,47**; IC 95% **0,35-0,64**) (Tabela 4).

No tocante ao isolamento, verificaram-se as associações positivas e estatisticamente significativas entre isolamento e ansiedade (OR=**1,32**; IC 95% **1,06-1,66**) e isolamento e depressão (OR=**1,39**; IC 95% **1,08-1,77**). O padrão de associação foi mantido nas análises ajustadas pelas variáveis sociodemográficas, isolamento e ansiedade (OR=**1,58**; IC 95% **1,21-2,05**) e isolamento e depressão (OR=**1,53**; IC 95% **1,15-2,05**) (Tabela 5).

Em muitos casos, os pacientes portadores de transtornos mentais apresentam os dois diagnósticos (ansiedade e depressão) concomitantemente, portanto, optou-se por construir uma outra categoria agregando os dois diagnósticos chamada transtorno depressivo-ansioso. A partir

de então, foram detectadas associações estatisticamente significativas e negativas entre integração com ter transtorno depressivo-ansioso (OR=0,45; IC 95% 0,32-0,63 e OR ajustado 0,42 IC 95% 0,30 – 0,60) e positivas do isolamento com ter transtorno depressivo-ansioso (OR=1,57; IC 95% 1,19-2,06; OR ajustado = 1,83 IC 95% 1,33 – 2,52).

## DISCUSSÃO

Entre os resultados encontrados neste estudo, um interessante fenômeno a ser discutido diz respeito aos distintos padrões de associações identificados entre a rede de apoio e os tipos de adoecimento. As associações entre a integração e a presença de doenças físicas não foram significativas. No entanto, houve associação significativa e negativa entre isolamento e diabetes, ou seja, à medida que crescem os índices de diabetes reduzem-se os níveis de isolamento. É importante observar que o diabetes traz consigo uma série de desafios no tocante ao controle glicêmico, à mudança de hábitos alimentares e ao cuidado com os fatores que provocam evolução da doença. Entre as DCNT, o diabetes é a terceira doença com maior perda de anos de vida por morte prematura<sup>44</sup>, o que aumenta a tensão por parte dos pacientes diabéticos, sendo esta uma possível explicação para a associação significativa entre a doença e o isolamento, mesmo com menor número de portadores se comparado aos hipertensos.

Em pesquisa sobre os eventos de vida produtores de estresse e qualidade de vida, Portugal<sup>41</sup> verificou influência negativa dos problemas de saúde no domínio físico e nas relações sociais, tendo a internação e o adoecimento tendo impacto sobre o convívio social.

Entre as correlações dos indicadores da rede de apoio com os TMC, verificaram-se associações negativas e significativas entre a integração com a ansiedade, a depressão e o transtorno depressivo-ansioso. Observa-se a integração atuando como agente protetor dos sujeitos frente à ocorrência dos TMC, já que os participantes mais integrados apresentaram menos ansiedade e depressão. Este estudo permitiu, portanto, verificar estatisticamente o potencial que a rede de apoio tem em ser utilizada como alternativa de cuidado na prevenção e acompanhamento dos pacientes portadores de TMC atendidos na APS.

No tocante ao isolamento, verificaram-se associações positivas e significativas deste com ansiedade, depressão e transtorno depressivo-ansioso, não se pode afirmar a direção da associação devido a existência da causalidade reversa nos estudos de corte transversal. Tal constatação constitui-se como uma limitação do presente estudo.

A concordância entre médicos de família de 07 países diferentes<sup>33</sup> sobre a prevalência do transtorno depressivo-ansioso na APS apontou a relevância em se discutir as associações

entre este e o IRS. Dessa forma, o presente estudo demonstrou que as associações do transtorno depressivo-ansioso com integração e isolamento foram mais fortes do que as encontradas entre ansiedade e depressão. Neste caso, é importante que os profissionais da ESF lancem mão de recursos com custo-efetividade e eficácia para atuar frente a este cenário. Os grupos de convivência foram identificados como importantes no combate ao isolamento e na melhoria de relações sociais, sendo uma alternativa de cuidado aos pacientes<sup>21</sup>.

Referente à presença de doenças físicas na amostra pesquisada, identificou-se que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% diabetes e 2,9% obesidade. No tocante à ocorrência dos TMC, verificou-se que 36,9% dos participantes apresentaram ansiedade, 25,1% depressão e 18,4% ansiedade e depressão concomitantemente. Tais achados corroboram dados descritos na literatura<sup>29,31,33</sup>.

No tocante ao perfil sociodemográfico da amostra pesquisada houve predominância de mulheres (76,5%) o que confirma achados de pesquisas anteriores<sup>30,31,34,37</sup>, demonstrando a maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)<sup>42</sup> confirma esse resultado afirmando ser 17% o percentual de mulheres que procuram os serviços de saúde, enquanto entre os homens esse valor é 12%.

Outras características identificadas foram: maioria de casados (62,5%), idade entre 36 e 55 anos (49,5%), a maioria referiu não ser branco (72,8%), o grau de escolaridade da amostra foi baixo já que (33,6%) dos participantes estudaram até a quarta série; este dado revela a situação de vulnerabilidade social desses sujeitos, por ser um importante indicador desta condição social. Considerando que a alta escolaridade associa-se a uma maior utilização de padrões psicológicos e subjetivos na interação com outros sujeitos, nos relacionamentos interpessoais e na comunicação de sofrimento físico e emocional<sup>29,31,32</sup>, sugere-se que o grau de escolaridade encontrado afete tais fatores.

A renda da amostra foi baixa, sendo que 38,7% tinham renda familiar per capita mensal de até um salário mínimo. Neste sentido, uma pesquisa realizada Rio de Janeiro<sup>44</sup> detectou correlações significativas entre os indicadores de pobreza e as seis regiões administrativas que detêm as piores condições de saúde. Todos os indicadores de saúde se mostraram significativamente correlacionados a todos os indicadores de desigualdade de renda.

Uma importante associação das variáveis sociodemográficas e econômicas desfavoráveis ocorreu entre estas e a presença de TMC. Gonçalves<sup>34</sup> reforçou que a baixa renda e baixa escolaridade se associam significativamente à presença de TMC e ao gênero feminino no contexto da APS, sendo este resultado característico do cenário brasileiro<sup>28,31,34</sup>. É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada em unidades da ESF que tinham como público

alvo moradores de favelas tanto na cidade do Rio de Janeiro quanto de São Paulo. A fragilidade das políticas públicas de moradia para classes populares é histórica e ainda permite processos de ocupação irregular que constituem territórios com muitos problemas urbanos, como a ausência de saneamento básico - ocasionando doenças transmissíveis como a dengue-, problemas de saúde advindos de causas externas como a violência, altos níveis de desigualdade e privação econômica<sup>45</sup>.

Apesar das políticas públicas de inclusão social, essa população ainda sofre com privação de trabalho, renda, seguridade social e saúde. Porto<sup>47</sup> desenvolveu uma intervenção denominada promoção emancipatória da saúde baseada no reconhecimento dos direitos humanos por parte desta população e no reconhecimento das falas dos moradores e trabalhadores deste território, como disparadores do processo de transformação social. Esta ação pode ser um recurso para os profissionais da ESF que lidam em sua prática diária com diversas demandas do campo social.

Os achados do perfil sociodemográfico sinalizaram a necessidade de atenção, análise e intervenção, por estarem muito inferior ao esperado, considerando-se que a pesquisa foi realizada nas duas maiores cidades do Brasil. O desenho adotado para o estudo se constitui como sua principal limitação por não ser capaz de determinar a relação de causalidade. No entanto, os resultados encontrados permitiram a identificação das diferenças entre o padrão de associações e as diferentes categorias de adoecimento (físico ou mental). Como já descrito por Gonçalves<sup>37</sup>, autor do artigo que iniciou as publicações do material da pesquisa-fonte, entre as limitações deste estudo consideramos o baixo registro dos médicos referente aos diagnósticos de doença física conforme discutido acima.

Os resultados desta pesquisa são relevantes por possibilitar comparar o comportamento da rede de apoio tanto nas DCNT como nos TMC. A metodologia quantitativa dessa pesquisa nos ajuda a observar de maneira empírica e numérica como as relações interpessoais e a existência de uma rede de apoio, composta pela família, amigos e vizinhos, pode ser uma estratégia e um recurso para otimizar os cuidados prestados à população no atendimento aos pacientes na atenção primária à saúde.

## **CONCLUSÃO**

A contribuição deste artigo para as pesquisas sobre a rede de apoio consiste em comparar a composição da rede de apoio dos pacientes acometidos por doenças físicas e os portadores de transtornos mentais. A associação negativa do isolamento com o diabetes

demonstrou que os níveis de isolamento decrescem à medida que crescem os índices de diabetes, sendo assim, demonstrando que a rede de apoio se aproxima dos doentes mais graves no caso das doenças físicas. No caso das associações entre TMC e integração, os participantes mais integrados apresentaram menos ansiedade e depressão e transtorno misto, sendo demonstrada relevância da rede para os pacientes acometidos por esses transtornos. Portanto, os resultados obtidos por este estudo ampliam as possibilidades de análises, discussões e aprofundamento das pesquisas sobre a rede de apoio.

Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde que trabalham na ESF estejam atentos aos relacionamentos familiares e sociais de seus pacientes, identificando o potencial deste recurso ou sua carência. Sugere-se o desenvolvimento de ações que fortaleçam a rede de apoio, reforcem a importância deste recurso para o paciente e favoreçam uma melhor utilização da rede de apoio, resultando em benefícios aos pacientes e seus familiares. Mediante a constatação do importante papel do apoio social, faz-se necessário que os profissionais identifiquem em seus contextos qual a melhor forma de explorar o recurso da rede em favor dos cuidados dos seus pacientes. Grupos de convivência constituídos por pacientes e conduzidos por profissionais de saúde também são recursos eficazes na APS, no âmbito da rede de apoio.

## Referências Bibliográficas

1. FAQUINELLO P, MARCON SS, WAIDMANN MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev. bras. enferm.* vol.64 n.5 Brasília Sept./Oct. 2011 ISSN 0034-7167.
2. FAQUINELLO P, e MARCON SS. Amigos e vizinhos: uma rede de apoio ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011; vol.45, n.6, pp. 1345-1352. ISSN 0080-6234.
3. COHEN S. Social Relationships and Health. *American Psychologist.* 2004; n 59(8), p. 676-84.
4. CHOR, D. GRIEP RH, LOPES C, FAERSTEIN E . Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 17, n. 4, p. 887-896, jul/ago 2001.
5. TORRES MA e ABACAXI JA. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *Terapia psicológica.* 2010; vol.28, n. 1, 45-53. ISSN 0718-4808.
6. SHAROVSKY LL e ROMANO BW. Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2013; vol.30, n.4, pp. 603-608. ISSN 0103-166X.
7. LEMOS VA, ANTUNES HKM, BAPTISTA MN, TUFIK S, MELLO MT, FORMIGONI MLOS. Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence? *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2012, vol.34, n.1, pp. 52-59. ISSN 1516-4446.
8. FORTMANN AL, GALLO LC, WALKER C, PHILIS-TSIMIKAS A. Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2010, vol.28, n.3, pp. 230-234. ISSN 1020-4989.
9. CAMPOS, RO, GAMA CA, FERRER AL, SANTOS DVD, STEFANELLO S, TRAPÉ TL, PORTO K.. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.16, n.12, pp. 4643-4652. ISSN 1413-8123. 2011.
10. BERKMAN LF, GLASS T, BRISSETTE I, SEEMAN TE. From social integration to health – Durkheim in the new Millennium. *Social Sci & Med* 51: 843-857. 2000.
11. MALFATTI, CRM, e ASSUNCAO, AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1383-1388. ISSN 1413-8123.
12. MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

13. GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, vol.19, n.2, pp. 625-634. ISSN 0102-311X, 2003.
14. ALVES MR, VILELA ABA, SOUZA AS, SILVA DM, MEIRA ED, AGUIAR ACSA. Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do nordeste brasileiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online);5(2):3667-3676, abr.-maio 2013. ilus, tab.
15. FONSECA FCA, COELHO RZ, NICOLATO R, MALLOY-DINIZ LF, SILVA-FILHO HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2009; vol.58, n.2, pp. 128-134. ISSN 0047-2085.
16. FAQUINELLO P, CARREIRA L, MARCON SS. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010; vol.19, n.4, pp. 736-744. ISSN 0104-0707.
17. TORRES MA e ABACAXI JÁ. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *Terapia psicológica.* 2010; vol.28, n. 1, 45-53. ISSN 0718-4808.
18. GOMES-VILLAS BOAS LC, FOSS MC, FREITAS MCF, PACE AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012; vol.20, n.1, pp. 52-58. ISSN 0104-1169.
19. AVILA-JIMENEZ L, CERÓN D, RAMOS-HÉRNANDEZ RI, VELASQUEZ L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev. méd. Chile* [online]. 2013, vol.141, n.2, pp. 173-180. ISSN 0034-9887.
20. RIGOTTO, D.M. Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito. Dissertação de mestrado. Itatiba/SP. Universidade São Francisco. 2006.
21. SANTOS A, *et al.* Feelings and experiences of obese participants, in a support group: an exploratory study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2012 Apr 18; [Cited 2013 May 10] 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120002>.
22. BUSS PM, e PELLEGRINI F. Saúde e seus Determinantes Sociais. A. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007; Rio de Janeiro, 17 (1):77-93.
23. OLIVEIRA, MAC e PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.spe, pp. 158-164. ISSN 0034-7167.
24. CORREA, AAM, MOREIRA-ALMEIDA A, MENEZE PR, VALLADA H, SCAZUFCA M. *et al.* Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2011, vol.33, n.2, pp. 157-164. Epub Oct 15, 2010. ISSN 1516-4446.

25. HELENA E, LASAGNO BGS, VIEIRA R.. Prevalência de transtornos mentais não psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. Rev. Bras. Med. Fam. Com. 2010; 5 (17):42-7.
26. SOUZA, AC e RIVERA, FJU. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):105-14.
27. VECCHIA MD e MARTINS STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(1):183-93.
28. FORTES S, VILLANO LAB, CAMPOS MR. . Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 32-37. ISSN 1809-452X.
29. FORTES S, *et al.* Fatores sociodemográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família: resultados do estudo de Petrópolis-RJ [Internet]. 2004 [citado 2011 abr 10]. Disponível em: <http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3142.pdf>.
30. VILLANO, L. A. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. Tese de Doutorado. São Paulo/SP. Universidade Federal de São Paulo/EPM; 1998.
31. FORTES S, LOPES CS, VILLANO LAB, CAMPOS MR, GONÇALVES DA, MARI JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(2):150-6. Portuguese.
32. TAVARES ALB, SOUZA AR, PONTES RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(26):35-42. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)492](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)492).
33. FORTES, S.*et al.* Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PhC: an international focus group study. Family Practice (Print), p.0.1093/fampra/c, 2012.
34. GONCALVES, DA, MARI J, BOWER P, GASK L, DOWRICK C, TOFOLI LF, CAMPOS M, , PORTUGAL FB, BALLESTER D, FORTES S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, n.3, pp. 623-632. ISSN 0102-311X.
35. COSTA AG, e LUDERMIR AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. jan-Feb. 2005; Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79.

36. MODESTO, TN. e SANTOS, DN. Saúde mental na atenção básica. *Rev. Baiana Saúde Publica*, v.31, n.1, p.19-24, 2007.
37. GONÇALVES DA, FORTES S, CAMPOS M, BALLESTER D, PORTUGAL FB, TOFOLI LF, GASK L, MARI J, BOWER P. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: A pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 304-8.
38. BOTEGA, N. J.BIO MR, ZOMIGNANI MA, GARCIA JR C, PEREIRA WAB.. Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação da escala de medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. *Rev. Saúde Pública* 29(5): 355-63. 1995.
39. BERKMAN, LF & SYME, SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204. 1979.
40. CORREIA, C. FORTES S, LOPES C, CAMPOS MR. Specificity of consumption of antidepressants and benzodiazepines by women attending family health strategy units: A multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 74, p. 542, 2013.
41. PORTUGAL FB, CAMPOS MR, GONÇALVES DA, MARI JJ, GASK L, BOWER P, DOWRICK C, FORTES S. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, vol.63, n.1, pp. 23-32. ISSN 0047-2085.
42. PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA POR DOMICILIO. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm> acessado em: 20/11/2015.
43. SZWARCOWALD, CL, BASTOS FI, ESTEVES MAP, ANDRADE CLT, PAEZ MS, MEDICI EV, DERRICO M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.1, pp. 15-28. ISSN 0102-311X.
44. SCHRAMM JMA, OLIVEIRA AF, LEITE IC, VALENTE JG, GADELHA AMJ, PORTELA MC, CAMPOS MR . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(4):897-908. DOI:10.1590/S1413-81232004000400011.
45. PORTO. MFS, CUNHA MB, PIVETTA F, ZANCAN L, FREITAS JD..Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 523-543, jul./set. 2015.

## 5.2 Artigo 2 : A experiência de discriminação e sua associação com hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão (artigo científico)

### A experiência de discriminação e sua associação com hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão (artigo científico)

#### ARTIGO CIENTÍFICO

#### A Experiência de discriminação e sua associação com hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão.

##### **Autores**

- 1- Ellen Ingrid Souza Aragão<sup>1</sup>.
- 2 - Flávia Batista Portugal<sup>2</sup>
- 3 - Mônica Rodrigues Campos<sup>2</sup>
- 4- Sandra Lucia Correia Lima Fortes<sup>1</sup>

##### **Instituições**

- 1 – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- 2 – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.

**Resumo:** A discriminação consiste na percepção acerca de um tratamento injusto motivado pelas características de identidade ou pertencimento a algum grupo específico. As minorias são o principal alvo dessas ações. Pesquisas têm demonstrado que a experiência de discriminação produz efeito deletério significativo sobre a saúde física e mental, produzindo maiores níveis de estresse. O objetivo deste artigo foi estudar a relação entre doenças físicas, ansiedade e depressão e a discriminação em pacientes atendidos na Atenção Primária a Saúde no Rio de Janeiro e São Paulo. Trata-se de um estudo de corte transversal com 1466 pacientes entre 18 e 65 anos. Para aferir o diagnóstico de doença física, foi preenchido questionário pelo médico/enfermeiro e para detecção dos transtornos mentais foi utilizado o *Hospital Anxiety and Depression Scale*. E, para aferir a discriminação foi utilizado o questionário geral que coletou dados sobre a percepção do participante sobre discriminação. Verificou-se que o padrão de associação foi diferente entre os diagnósticos: hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão. As associações estatisticamente significativas ocorreram entre a hipertensão e discriminação.

Sendo esta última, inversa, ao passo que as associações entre obesidade, ansiedade e depressão com a discriminação foram todas positivas.

**Palavras-chave:** discriminação; atenção primária; doenças crônicas; saúde mental.

**The experience of discrimination and its association with hypertension, obesity, anxiety and depression.**

**Abstract:** Discrimination consists of a raw deal motivated by identity characteristics or belonging to a specific group and minorities are the main target of these actions. Research has demonstrated that discrimination experience produced significant negative effect on the physical and mental health, producing higher levels of stress. The aim of this paper was to study the relationship between physical illness, anxiety and depression, and discrimination in patients treated in Primary Health at Rio de Janeiro and Sao Paulo. It is a cross-sectional study of 1466 patients between 18 and 65 years. To assess the diagnosis of physical illness was completed questionnaire by the doctor / nurse and for detection of mental disorders was used the Hospital Anxiety and Depression Scale. And to assess the discrimination we used the general questionnaire that collected data on the perception of participants on discrimination. It has been found that the association pattern was different among the diagnoses hypertension, obesity, anxiety and depression. Statistically significant associations occurred between hypertension and discrimination and this negative, whereas between obesity, anxiety and depression associations discrimination were all positive.

**Keywords:** discrimination; primary care; chronic diseases; mental health; abstract.

## 1. INTRODUÇÃO

A abordagem da discriminação em estudos epidemiológicos suscita desafios para os interessados no assunto, em especial os pesquisadores. Desde 1980, as pesquisas sobre discriminação estudam as implicações patogênicas dessa exposição sobre características da população<sup>1,2</sup>. Do ponto de vista sociológico, a discriminação é definida como um tratamento injusto motivado pelas características de identidade ou de pertencimento a algum grupo específico. As minorias (raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, de condição social, etc.) são o alvo desse tipo de comportamento cotidianamente<sup>3,4</sup>.

Diversos estudos concernentes à associação entre discriminação, saúde física e mental foram localizados. Como tais pesquisas têm, em sua maioria, origem nos EUA, foram utilizados muitos estudos norte-americanos na construção do referencial teórico sobre a temática<sup>5-12</sup>. Verificou-se nestes que a experiência de discriminação produziu efeito deletério significativo sobre a saúde física e mental, produzindo maiores níveis de estresse<sup>1,6</sup>.

Pesquisadores<sup>1,7</sup> demonstraram três mecanismos pelos quais ocorreram as associações entre a discriminação e a saúde. O primeiro aponta como a discriminação afeta a saúde de forma direta ao provocar desequilíbrio psicológico e sintomas de ansiedade e depressão, diminuindo o bem-estar subjetivo. O segundo pontua que tal experiência favorece comportamentos prejudiciais à saúde (tabagismo, má alimentação, não adesão a tratamentos). O terceiro descreveu a associação por meio de alterações psicofisiológicas do organismo ao estresse. Neste último caso, a experiência discriminatória foi identificada como fator importante para o aumento da produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse. Desta forma, ocorre um desequilíbrio nos aparelhos cardiovascular, gastrointestinal, neuroendócrino, imunológico, além de sensibilidade à dor e dor crônica.

Alguns estudos avaliaram os efeitos da discriminação sobre a hipertensão arterial e entre doenças cardiovasculares em geral, explicitando que experiências de estresse agudas estão associadas ao aumento da pressão sanguínea<sup>8,9</sup>. Uma explicação para esse fenômeno foi o aumento da carga alostática do corpo humano e aumento da produção crônica de cortisol, ocasionando desequilíbrio no aparelho cardiovascular<sup>10</sup>.

Em estudo brasileiro de enfoque qualitativo com sujeitos obesos<sup>13</sup> identificou-se que, ao se tornarem obesos, os sujeitos apresentaram uma autoimagem negativa, sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, sentimento de culpa, reforçado pela discriminação da sociedade que parece estimulá-lo a comer mais ao invés de ajudá-lo a perder peso.

No que diz respeito à experiência de discriminação associada à incapacidade física, estudo<sup>14</sup> demonstra que esta desperta empatia e ansiedade nas pessoas que convivem com o

sujeito portador desta condição. O autor discute que a ansiedade em questão pode estar associada ao esforço demandado pelo indivíduo incapaz, caso necessite de cuidados durante o contato. Neste contexto, ter autonomia, do ponto de vista psicológico e não físico, foi um fator de redução dos efeitos negativos da discriminação.

No que diz respeito às associações entre diversas formas de discriminação percebida com estados mais graves de saúde mental<sup>1,15</sup>, foram detectadas associações positivas e significativas entre discriminação e condições adversas de saúde mental, como depressão e abuso de álcool. A experiência de discriminação percebida teve um efeito negativo significativo sobre a saúde mental e física. A discriminação foi também identificada uma fonte de estresse crônico, sendo prejudicial à saúde física e mental dos participantes<sup>16</sup>. Tais achados sugeriram, portanto, a necessidade de que os profissionais de saúde avaliem os efeitos da discriminação como um agente estressor.

Sobre a associação entre a percepção da discriminação étnico/racial com a saúde, estudos<sup>6,7,17</sup> apontaram que houve associação desta com a saúde física (dieta menos saudável) e a saúde mental (depressão, tabagismos, alcoolismos e uso de outras drogas). Foram identificadas associações entre racismo e a prevalência de hipertensão, por meio da exposição ao estresse<sup>9</sup>. Dois estudos sobre discriminação racial<sup>18,19</sup> identificaram associação desta ao uso de substâncias motivado pela raiva e/ou hostilidade moderada por presença de suporte paterno, estando também associada com mais vontade por fazer uso de drogas.

No que se refere à influência da discriminação sobre a orientação sexual, foi constatada associação da discriminação percebida com o aumento da sintomatologia depressiva entre adolescentes LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) norte-americanos<sup>20</sup>, identificou-se também um elevado risco de auto-mutilação e ideação suicida entre os homens LGBT. Em pesquisa realizada com adultos nos EUA<sup>21,22</sup>, verificou-se que pessoas com orientação sexual LGBT, em comparação aos heterossexuais, tiveram níveis mais elevados de estresse, maior probabilidade ao desenvolvimento de depressão ou ansiedade, maior procura aos serviços de saúde mental, maior consumo excessivo de álcool, maior probabilidade de ser um fumante e maior número de cigarros fumados por dia. A discriminação por orientação sexual, raça e gênero, concomitantemente foram associadas às chances de desenvolvimento de transtorno por uso de drogas quase quatro vezes maior, do que para aqueles de orientação homossexual, que não relataram experiência de discriminação.

Algumas pesquisas<sup>1,6,7,11,12</sup> sinalizaram o apoio de amigos e/ou familiares e as estratégias de enfrentamento como fatores capazes de modificar a relação entre as experiências de discriminação e as condições de saúde. No primeiro caso, a disponibilidade de amigos e

familiares em escutar sobre experiências discriminatórias ajuda no restabelecimento da autoconfiança, evitando piores índices de saúde mental, como a depressão<sup>1,6,7</sup>. Em relação às estratégias de enfrentamento, sugere-se o enfrentamento ativo, com foco no problema - como confrontar o agressor não aceitando a acusação proposta - como recurso eficaz, já que as estratégias de enfrentamento com foco na emoção foram danosas por se manifestarem no comer compulsivo, uso de álcool e outras drogas<sup>1,11</sup>. Em suma, a busca de apoio social e a escolha da estratégia de enfrentamento adequada podem diminuir os efeitos estressantes da discriminação.

No Brasil, as pesquisas acerca das consequências do estigma e da discriminação nos agravos à saúde são escassas. Essas pesquisas se restringem à discussão dos casos de doenças contagiosas, as quais provocam medo de contaminação e julgamento por parte da sociedade sobre o comportamento do doente acometido, envolvendo preconceito e discriminação<sup>23,24</sup>. A discussão do estigma envolvendo os portadores de transtorno mental é uma questão que merece atenção e investimento. Esses sujeitos são submetidos a experiências de discriminação no seu cotidiano, nos ambientes públicos, nas relações com pessoas desconhecidas, com amigos, familiares e até mesmo com profissionais de saúde<sup>25,26</sup>.

Diante do cenário de investigações acerca das associações da experiência de discriminação com a saúde dos sujeitos, o objetivo deste artigo consistiu em estudar as associações existentes entre as doenças físicas, ansiedade e depressão, e a discriminação em pacientes atendidos na Atenção Primária a Saúde nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo.

A pesquisa-fonte foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos Comitês de Ética em Pesquisa das Secretarias Municipais do Rio de Janeiro (nº34/09) e de São Paulo (nº66/09), sendo sua realização considerada adequada à população humana.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre as associações entre a experiência de discriminação, o adoecimento físico e psíquico no contexto da atenção primária. Utilizou-se como fonte de informação o banco de dados do estudo “*Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento*”<sup>29</sup>, financiada pelo CNPq aqui denominada de pesquisa-fonte, cujo objetivo era avaliar o impacto das capacitações em saúde mental nas atividades assistenciais na APS.

A amostra foi composta de 1.466 pacientes, atendidos nos serviços de Atenção Primária

à Saúde dos municípios do Rio de Janeiro (N=909) e São Paulo (N=557). Foram incluídos pacientes entre 18 e 65 anos atendidos pelos médicos e enfermeiros, exceto grávidas e pacientes com déficit cognitivo.

Os instrumentos usados na pesquisa-fonte foram: um questionário geral, organizado a partir do questionário geral aplicado e validado nos estudos de corte transversal<sup>30,31,32</sup>. O instrumento coletou dados referentes aos seguintes aspectos:

- Aspectos sociodemográficos e econômicos: renda, escolaridade, religião, raça, emprego, entre outros).

- A percepção do participante sobre discriminação. A pergunta “Você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa nos últimos 12 meses?” Apresentou oito opções de resposta de (a-h) onde ficou especificada a razão da discriminação, sendo os tipos de discriminação por: etnia, gênero, religião, orientação sexual, doença ou incapacidade física, idade, condição social/econômica, ou outras razões. Para cada uma dessas opções o participante respondeu se sentiu ou não discriminado por cada uma dessas razões ou ainda por alguma outra razão não citada no questionário a qual poderia ser registrada na opção de resposta (h) outros.

A presença de ansiedade e depressão foi aferida pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) para aferição das síndromes ansiosas e depressivas, uma escala traduzida e validada no Brasil por Botega<sup>33</sup>. Foi considerado o ponto de corte 8/9 como indicador de ansiedade e depressão. Para classificar o transtorno depressivo-ansioso foi necessário que o paciente tivesse pontuado 8/9 nos dois diagnósticos, ansiedade e depressão.

Por fim, utilizou-se o questionário para o médico e enfermeiro<sup>29</sup>. Ao final de cada consulta, o profissional que realizou o atendimento (médico ou enfermeiro) preencheu um questionário que indicava se o paciente era ou não portador de doença física. Assinalando assim qual a doença e o nível de gravidade da mesma, o que foi utilizado como indicador da presença de hipertensão, diabetes e obesidade.

Os dados foram analisados no programa estatístico *SPSS 17*. Observou-se inicialmente a distribuição de frequência de cada variável. Em seguida, realizou-se a distribuição conjunta de frequências incluindo as frequências relativas (percentagens) que foram calculadas em relação ao número total de participantes. Foram também calculadas as prevalências gerais de cada uma das variáveis, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%, incluindo os dados sociodemográficos, econômicos, e tipo de diagnósticos apresentados. Foram realizadas as análises bivariadas por meio do qui-quadrado, associando as variáveis de discriminação aos desfechos: Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Ansiedade e Depressão, aferindo os respectivos p-valores. As variáveis incluídas nas análises estatísticas foram selecionadas mediante a

constatação, a partir da literatura, da existência ou possibilidade de alguma relação destas com as DCNT, os transtornos mentais e/ou a discriminação.

## **CONSTRUÇÃO DE VARIÁVEIS**

### Variáveis sociodemográficas

Foram selecionadas as seguintes variáveis para análise: gênero, estado civil, faixa etária (até 40 anos e acima de 40 anos), grau de instrução (Até a 4<sup>o</sup> série e a partir da 4<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental) e renda familiar *per capita* (Até um salário-mínimo e acima de 1 salário-mínimo). No presente estudo foi verificado, a partir das frequências das respostas a cada variável, que esta amostra é bastante homogênea. Dessa forma, as variáveis foram organizadas em categorias de forma dicotômica, o que permitiu uma melhor diferenciação entre os grupos e uma visualização mais clara das associações realizadas.

### Variáveis sobre discriminação

A partir da pergunta F19 do questionário geral referente à ocorrência de episódio em que o participante sentiu-se discriminado, foram computadas as repostas dadas aos oito itens de “a” a “h”. A primeira variável para análise da ocorrência de discriminação foi a variável “discr”, nessa variável foi considerado caso positivo para a discriminação o sujeito que teve a resposta sim para pelo menos 01 dos 08 itens. Portanto foram identificados como participantes que não sofreram discriminação aqueles que apresentaram não em todos os itens.

A partir de cada uma das oito respostas específicas quanto a razão da discriminação foram agrupadas nas seguintes variáveis: discriminação por etnia/cor, por gênero, por religião, por orientação sexual, por incapacidade, por idade, por condição social/econômica, ou por outros motivos. A variável discriminação por outros motivos foi mantida dessa forma, pois os diversos motivos assinalados para a discriminação não puderam ser agregados em outras categorias devido a pouca homogeneidade nas respostas. Sendo assim, foi mantida a categoria discriminado por outras razões.

### Variáveis diabetes, hipertensão e obesidade

Para a construção das variáveis ter diabetes (sim ou não), ter hipertensão (sim ou não) e ter obesidade (sim ou não), foram utilizadas as respostas ao questionário aplicado pelo médico ou enfermeiro.

### Variáveis Ansiedade e Depressão

Para especificar o diagnóstico de depressão, ansiedade e transtorno depressivo-ansioso entre os participantes da pesquisa, foi aplicado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), a partir do qual foram criadas as variáveis ter ansiedade (sim ou não), ter depressão (sim ou não) e ter transtorno depressivo-ansioso (sim ou não).

### **3. RESULTADOS**

No Perfil sociodemográfico observou-se predominância de mulheres (76,5%) e de casados (62,5%); 49,5% dos participantes tinham entre 36 e 55 anos e a maioria (72,8%) referiu não ser branco. O grau de instrução foi baixo, onde 33,6% estudaram até a quarta série; A renda foi baixa, 38,7% da amostra tinham renda familiar per capita mensal de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra. RJ e SP. 2010.**

<b>Distribuição Sociodemografica (n=1466)</b>	<b>Total</b>		<b>Missing</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=1466)</b>				
Mulher	1121	76,5	0	0,0
Homem	345	23,5		
<b>Grau de Escolaridade (n=1466)</b>				
Até a 4ª serie	493	33,6	0	0,0
4ª serie ou mais	973	66,4		
<b>Renda Mensal Familiar SMI (n=1466)</b>				
Até 1 salário mínimo	568	38,7	0	0,0
Mais que 1 salário mínimo	898	61,3		
<b>Faixa Etária (n=1466)</b>				
18-35 anos	442	30,2	0	0,0
36 a 55	726	49,5		
56 ou mais	298	20,3		
<b>Estado civil (n=1466)</b>				
Casado/união estável	916	62,5	0	0,0
Outros	550	37,5		
<b>Rede de apoio social SNIcat (n=1466)</b>				
Muito Isolado	114	7,7	0	0,0
Isolado	376	25,6		
Parcialmente Integrado	520	35,4		
Integrado	447	30,4		

Fonte: A autora, 2016.

No tocante à presença de doenças físicas na amostra pesquisada os profissionais (médicos e enfermeiras) identificaram que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% eram portadores de diabetes e 2,9% da amostra eram obesos. Quanto à ocorrência dos transtornos mentais tem-se 36,9% dos participantes com ansiedade, 25,1% com depressão e 18,4% do total dos respondentes tinham concomitantemente ansiedade e depressão.

Referente à ocorrência de discriminação, 28,1% dos participantes relataram ter vivido uma experiência de discriminação nos últimos 12 meses. As respostas dadas nas oito categorias de motivos para a discriminação foram: discriminação por orientação sexual (1%), etnia/cor (2,8%), gênero (3,5%), incapacidade (5,1%), idade (7,1%), condição social/econômica (9,4%), religião (10,4%) e outras causas (11,7%) (Tabela 2).

**Tabela 2: Distribuição dos motivos para a discriminação RJ e SP. 2010.**

<b>Razão para discriminação (N=1466)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Missing</b>
<b>Outras causas</b>	171	11,7%	0
<b>Religião</b>	153	10,4%	5
<b>Situação Sócio/econômica</b>	138	9,4%	6
<b>Idade</b>	104	7,1%	5
<b>Incapacidade física</b>	75	5,1%	4
<b>Gênero</b>	52	3,5%	4
<b>Etnia/cor</b>	41	2,8%	5
<b>Orientação sexual</b>	15	1%	6

Fonte: A autora, 2016.

A variável discriminação por outras causas obteve um total de 171 respostas, a com maior frequência no estudo, perfazendo 11,7% da amostra. No entanto, o registro da causa foi deixado em branco por 113 participantes (66%). Entre os 58 sujeitos (34%) que especificaram quais foram as causas para a discriminação, não foi possível agregar as respostas em categorias devido à pouca homogeneidade. Todavia, verificou-se que quatro dos motivos relatados como sendo geradores da discriminação tiveram uma frequência mais representativa, sendo eles: ser obeso (31%), aparência física (10,3%), ser nordestino (5,1%) e ter baixa escolaridade (5,1%). Os demais resultados encontram-se representados a seguir na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das causas para discriminação na categoria outros RJ e SP. 2010.

<b>Razão para discriminação por outras causas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Não informou	113	66,0%
Ser obeso	18	31,0%
Aparência Física	6	10,3%
Ser nordestino	3	5,17%
Baixa Escolaridade	3	5,17%
Ter filho deficiente	2	3,44%
Ter parente Rico	2	3,44%
Incapacidade Profissional	2	3,44%
Em atendimento médico	2	3,44%
Ter engravidado	2	3,44%
Frequentar muitas igrejas	1	1,72%
Esquecimento	1	1,72%
Ser solteira	1	1,72%
Educação dos filhos	1	1,72%
Estatura	1	1,72%
Maneira de se expressar	1	1,72%
Pelo nome	1	1,72%
Ter varizes	1	1,72%
Falta de saúde	1	1,72%
Ser usuário de drogas	1	1,72%
Pelo trabalho serviços gerais	1	1,72%
Por relacionamento mais novo	1	1,72%
Em atendimento público (delegacia)	1	1,72%
Separação	1	1,72%
Ter filho	1	1,72%
Morar em favela	1	1,72%
No trabalho (hierarquia)	1	1,72%
Vida familiar estável	1	1,72%
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora, 2016.

Buscou-se identificar as associações existentes entre os diagnósticos de doenças físicas e transtornos mentais com a ocorrência de discriminação. A frequência absoluta das respostas referentes à ter qualquer discriminação, para os desfechos em saúde, obteve associações estatisticamente significativas e inversa com hipertensão (OR=0,73; IC 95% 0,56-0,93), e associações estatisticamente significativas e positivas com obesidade (OR=2,39; IC 95% 1,29-4,43), ansiedade (OR=2,69; IC 95% 2,12- 3,40) e depressão (OR= 2,20; IC 95% 1,71- 2,83) (Tabela 4).

**Tabela 04: Associação entre discriminação e desfechos em saúde. RJ e SP. 2010.**

Desfechos em saúde (n=1455)	DISCRIMINAÇÃO		OR	IC 95%	P-valor	Missing	
	n	%				N	%
<b>Hipertensão</b>							
Sim	114	23,9	<b>0,73</b>	<b>0,56-0,93</b>	<b>0,01</b>	11	0,8
<b>Diabetes</b>							
Sim	33	25,4	0,85	0,56-1,29	0,46	11	0,8
<b>Obesidade</b>							
Sim	20	47,6	<b>2,39</b>	<b>1,29-4,43</b>	<b>0,00</b>	11	0,8
<b>Ansiedade</b>							
Sim	221	41,0	<b>2,69</b>	<b>2,12-3,40</b>	<b>0,00</b>	11	0,8
<b>Depressão</b>							
Sim	149	40,8	<b>2,20</b>	<b>1,71-2,83</b>	<b>0,00</b>	11	0,8

Fonte: A autora, 2016.

Para os casos de pacientes portadores de doenças físicas, verificou-se o seguinte resultado. No diabetes, do mesmo modo como ocorreu com a resposta estratificada para a variável discriminação, não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre a discriminação estratificada pelas razões acima citadas. No caso da hipertensão, havia sido identificada associação invertida e estatisticamente significativa com a variável discriminação generalizada, porém para a estratificação por razões da discriminação não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

As associações entre a obesidade e as respostas estratificadas para a discriminação, foram encontradas associações estatisticamente significativas e positivas entre obesidade e

discriminação por gênero (OR=3,00; IC 95% 1,03-8,76) e por outras causas (OR= 3,49; IC 95% 1,31 – 9,25). No caso das associações da discriminação por incapacidade física (OR= 2,60; IC 95% 0,99-6,83) e por idade (OR= 2,24; IC 95% 0,92- 5,46) as associações foram limítrofe e os valores de p foram (0,04) e (0,06) respectivamente (tabela 5).

**Tabela 05: Associação entre discriminação especificada com doença física. RJ e SP. 2010.**

Tipos de Disc.	Hipertensão (480)		P- valor	Diabetes (131)		P- valor	Obesidade (42)		P- valor
	OR	IC		OR	IC		OR	IC	
<b>Raça</b>	0,74	0,37 - 1,50	0,41	1,11	0,38 - 3,16	0,84	1,76	0,41 - 7,58	0,43
<b>Gênero</b>	0,67	0,35 - 1,27	0,22	0,40	0,96 - 1,66	0,19	<b>3,00</b>	<b>1,03 - 8,76</b>	<b>0,03</b>
<b>Orientação Sexual</b>	0,74	0,23 - 2,34	0,6	2,59	0,72 - 9,31	0,12	0,98	0,98 - 0,99	0,50
<b>Prática Religiosa</b>	0,93	0,65 - 1,33	0,70	0,77	0,40 - 1,47	0,43	1,74	0,76 - 3,99	0,18
<b>Incapacidade física</b>	1,02	0,62 - 1,68	0,91	0,88	0,37 - 2,08	0,78	<b>2,60</b>	<b>0,99 - 6,83</b>	<b>0,04</b>
<b>Idade</b>	0,86	0,55 - 1,33	0,51	1,51	0,82 - 2,79	0,18	2,24	0,92 - 5,46	0,06
<b>Situação Socioeconom.</b>	0,82	0,56 - 1,21	0,32	0,78	0,40 - 1,53	0,47	1,62	0,67 - 3,92	0,27
<b>Outras causas</b>	0,92	0,53 - 1,60	0,77	1,04	0,40 - 2,65	0,93	<b>3,49</b>	<b>1,31 - 9,25</b>	<b>0,00</b>

Fonte: A autora, 2016.

Referente ao adoecimento psíquico foram identificadas associações estatisticamente significativas e positivas entre ansiedade e as estratificações: etnia/cor (OR= 3,05; IC 95% 1,60-5,82), gênero (OR= 2,39; IC 95% 1,36 - 4,20), religião (OR= 1,84; IC 95% 1,31- 2,58), orientação sexual (OR= 3,44; IC 95% 1,17 - 10,1), incapacidade física (OR= 3,89; IC 95% 2,36

- 6,39), idade (OR= 2,28; IC 95% 1,52 - 3,41), situação econômica/social (OR= 2,95; IC 95% 2,06 - 4,23), outras causas (OR=3,40; IC 95% 1,96 – 5,92).

No tocante às associações entre depressão e as estratificações da discriminação foram observadas associações estatisticamente significativas e positivas entre depressão e as causas: etnia (OR= 2,95; IC 95% 1,58- 5,51), religião (OR= 1,67; IC 95% 1,17- 2,39), orientação sexual (OR= 3,45; IC 95% 1,24- 9,60), incapacidade física (OR= 2,94; IC 95% 1,84- 4,71), idade (OR=1,88; IC 95% 1,24- 2,85), situação econômica/social (OR= 2,82; IC 95% 1,97 - 4,04), outras causas (OR=2,18; IC 95% 1,27 – 3,73) (tabela 6).

**Tabela 06: Associação entre discriminação especificada com TMC. RJ e SP. 2010.**

Tipos de Discriminação	Ansiedade		P-valor	Depressão		P-valor	Miss.	
	OR	IC		OR	IC		N	%
<b>Raça</b>	<b>3,05</b>	<b>1,60 - 5,82</b>	<b>0,00</b>	<b>2,95</b>	<b>1,58 - 5,51</b>	<b>0,00</b>	0	0%
<b>Gênero</b>	<b>2,39</b>	<b>1,36 - 4,20</b>	<b>0,00</b>	1,10	0,59 - 2,06	0,75	0	0%
<b>Orientação Sexual</b>	<b>3,44</b>	<b>1,17 - 10,12</b>	<b>0,01</b>	<b>3,45</b>	<b>1,24 - 9,60</b>	<b>0,01</b>	0	0%
<b>Pratica Religiosa</b>	<b>1,84</b>	<b>1,31 - 2,58</b>	<b>0,00</b>	<b>1,67</b>	<b>1,17 - 2,39</b>	<b>0,00</b>	0	0%
<b>Incapacidade física</b>	<b>3,89</b>	<b>2,36 - 6,39</b>	<b>0,00</b>	<b>2,94</b>	<b>1,84 - 4,71</b>	<b>0,00</b>	0	0%
<b>Idade</b>	<b>2,28</b>	<b>1,52 - 3,41</b>	<b>0,00</b>	<b>1,88</b>	<b>1,24 - 2,85</b>	<b>0,00</b>	0	0%
<b>Situação econômica/social</b>	<b>2,95</b>	<b>2,06 - 4,23</b>	<b>0,00</b>	<b>2,82</b>	<b>1,97 - 4,04</b>	<b>0,00</b>	0	0%
<b>Outras causas</b>	<b>3,40</b>	<b>1,96 – 5,92</b>	<b>0,00</b>	<b>2,18</b>	<b>1,27 – 3,73</b>	<b>0,00</b>	0	,0%

Fonte: A autora, 2016.

#### 4. DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil sociodemográfico da amostra pesquisada houve predominância de mulheres (76,5%), o que confirma achados de pesquisas anteriores<sup>34, 35,36</sup>, demonstrando a maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres. Outras características identificadas foram: maioria de casados (62,5%), idade entre 36 e 55 anos

(49,5%), a maioria referiu não ser branco (72,8%), o grau de escolaridade da amostra foi baixo já que (33,6%) dos participantes estudaram até a quarta série; este dado revela a situação de vulnerabilidade social desses sujeitos, por ser um importante indicador desta condição social. Neste sentido, uma pesquisa realizada Rio de Janeiro<sup>38</sup> detectou que os indicadores de saúde se mostraram significativamente correlacionados a todos os indicadores de desigualdade e renda. Esses resultados confirmam os achados da literatura<sup>35,36,37</sup>, referente a associação desses fatores sociodemográficos com a saúde dos sujeitos. A renda da amostra foi baixa, sendo que 38,7% tinham renda familiar per capita mensal de até um salário mínimo.

O resultado das associações existentes entre os diagnósticos de doenças físicas e transtornos mentais com a ocorrência de discriminação demonstrou que, com exceção do diabetes, todos os demais diagnósticos tiveram associação estatisticamente significativa com a experiência de discriminação. Porém existe uma diferença do padrão de associação, a hipertensão teve associação negativa com a discriminação enquanto que a obesidade, a ansiedade e a depressão tiveram associações positivas. Ou seja, mesmo entre as doenças físicas (hipertensão e obesidade) houve diferença no padrão de associação. No caso dos pacientes hipertensos quanto mais adoecidos, menos discriminação eles percebiam sofrer, ao passo que, no caso da obesidade, da ansiedade e da depressão quanto maiores forem os índices de adoecimento serão maiores também os índices de discriminação.

Uma das possíveis explicações para este resultado consiste na questão do estigma relacionado à depressão, à ansiedade e à obesidade. Há um falso julgamento de que estas doenças são provocadas unicamente pelos maus hábitos do paciente, falta de motivação, falta de autocontrole, atribuindo-se ao doente a culpa pelo seu adoecimento<sup>13</sup>. Neste caso, os relacionamentos sociais atuam através de julgamento e atribuição de culpa ao paciente, ao invés de demonstrar empatia e desejo de apoiá-lo, como ocorre com a incapacidade física<sup>14,26</sup>, fazendo com que o paciente se sinta discriminado por sua condição de adoecimento. O resultado encontrado na categoria “outros motivos para a discriminação” corrobora a discussão deste aspecto. Das respostas dadas à questão, 31% dos respondentes relatou ser a obesidade a razão para a discriminação e 10,3% atribuíram-na à aparência física. Tal fato aponta os possíveis danos ocasionados pelos padrões de associação detectados neste estudo.

Os resultados encontrados neste estudo para os motivos causadores da discriminação revelam que estes estão de acordo com aqueles relatados na literatura, demonstrando associação estatística com a saúde dos sujeitos<sup>1,2,15</sup>. As oito categorias de motivos para a discriminação, apontaram os seguintes índices: orientação sexual (1%), etnia/cor (2,8%), gênero (3,5%),

incapacidade (5,1%), idade (7,1%), condição social/econômica (9,4%), religião (10,4%) e outras causas (11,7%).

Considerando que a pesquisa foi realizada em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), local onde os pacientes buscam atendimento para queixas relacionadas ao adoecimento, o resultado deste estudo, amparado pelos dados da literatura<sup>1,2,15</sup>, corrobora a associação entre a experiência de discriminação e a saúde.

Uma importante associação identificada nos resultados deste estudo, não discutida pela literatura, consiste na discriminação por professar religião. Uma pesquisa que avaliou a associação entre discriminação e religião<sup>39</sup>, demonstrou que os relatos de discriminação estiveram relacionados a maior influência negativa e menos afeto positivo e neste cenário a participação em atividades religiosas foi moderador dessa relação. A frequência religiosa é considerada uma fonte de apoio social<sup>31,40,41,42</sup>, nesse sentido, o que pode explicar a ação desta no combate aos efeitos negativos da discriminação. Fortes<sup>30,31,32</sup> em pesquisa realizada na estratégia de saúde da família em Petrópolis (RJ) verificou que a frequência regular às atividades religiosas, a participação em atividades esportivo-artísticas e ter pelo menos quatro pessoas na família em quem confiar mostraram-se inversamente associadas à presença de transtornos mentais comuns.

Sobre as associações entre a hipertensão e os motivos para a discriminação (etnia, gênero, orientação sexual, incapacidade, situação econômica, religião) foi verificado que a estratificação por razões da discriminação não encontrou associações estatisticamente significativas. Neste caso, o tipo de discriminação foi indiferente para a associação com a hipertensão. Porém, para obesidade, ansiedade e depressão, a associação com os vários motivos estratificados para a discriminação foram detectadas associações significativas.

No que se refere à associação entre obesidade e razões para a discriminação, foram encontradas associações estatisticamente significativas e positivas entre gênero, incapacidade física e discriminação por outras causas. Este resultado reforça os achados da literatura acerca do efeito prejudicial da discriminação nos pacientes obesos<sup>13</sup>. A experiência de discriminação agrava ainda mais o quadro do paciente por gerar a culpa e, ao sentir-se culpado, pode não ser capaz de escolher a estratégia de enfrentamento adequada para a ocasião. A literatura sinalizou que o enfrentamento focado na emoção ocasiona posturas danosas manifestadas, por exemplo, no comer compulsivo<sup>11</sup>, o que tende a agravar o quadro da doença.

As associações entre ansiedade e os motivos para a discriminação foram todas estatisticamente significativas e positivas, ou seja, para as pessoas com diagnóstico de ansiedade, quanto maior o grau de adoecimento, maior a experiência de discriminação relatada.

Esta constatação parece incoerente com as necessidades de cuidados comuns a esses pacientes, uma vez que a experiência de discriminação atua provocando aumento nos níveis de estresse e na sobrecarga corporal<sup>1,7,10</sup>. Para os pacientes ansiosos, intervenções que diminuam os níveis de estresse favorecerão melhores índices de saúde. Portanto, a equipe de saúde e os familiares devem estar atentos a recursos que possam auxiliar o paciente a superar os desafios impostos pelo adoecimento.

No caso da depressão as associações detectadas foram estatisticamente significativas e positivas para todas as dimensões da discriminação exceto para gênero. Ou seja, não houve diferença entre os pacientes deprimidos no tocante a experiência de discriminação por ser homem ou mulher. E para todas as demais especificações as associações foram positivas, significando que os sujeitos com maiores índices de adoecimento também tiveram maiores índices de discriminação. Este resultado traz à tona a discussão do estigma da doença influenciando a experiência de discriminação. A depressão é um diagnóstico associado, no censo comum, à falta de motivação e interesse pela vida, atribuindo-se ao paciente a culpa por estar doente. Mais uma vez identificou-se uma incoerência entre a necessidade de cuidados e o comportamento exercido da rede de relacionamentos. O envolvimento desta última no apoio ao paciente é um importante recurso para o enfrentamento desta condição<sup>31,41</sup>.

A principal contribuição deste estudo consiste em demonstrar a relação da experiência de discriminação com diagnósticos de doenças físicas e mentais, com destaque para a diferença do padrão de associação entre os tipos de doenças que acometem o sujeito. Esses resultados são relevantes por sinalizar as necessidades dos pacientes no enfrentamento da condição de estresse ocasionada pela discriminação e sinalizar a busca por alternativas de cuidado. A aplicação deste estudo para a clínica se concentra na valorização por parte dos profissionais no tocante aos tipos de discriminação mencionados neste estudo. A anamnese pode favorecer o diálogo acerca da experiência de discriminação sendo este fator importante para a saúde do paciente. Além disso, a mobilização de recursos e desenvolvimento de ações, especialmente focados na promoção da saúde, que visem o combate a todos os tipos de discriminação pesquisados são também formas eficazes de abordar o problema na prática clínica.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados confirmam a importância da experiência de discriminação para a saúde dos sujeitos. Verificou-se que o padrão de associação foi diferente entre os diagnósticos de hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão. A associação entre a hipertensão e

discriminação foi estatisticamente significativa e negativa, ao passo que, as associações entre obesidade, ansiedade e depressão com a discriminação foram estatisticamente significativas e todas positivas. Além disso, os diversos motivos para a discriminação atuaram de forma diferenciada para cada um dos diagnósticos. Estes resultados mobilizam o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dessas associações, podendo inclusive em estudos posteriores serem investigados os possíveis padrões de causalidade entre as associações.

Em concordância com outros estudos analisados da revisão da literatura, este estudo concluiu que a experiência de discriminação está associada à saúde dos sujeitos e, portanto, a discussão deste conteúdo necessita de mais atenção e incentivo no campo da saúde. Algumas ações podem ser desenvolvidas visando o combate a discriminação, em especial no campo da promoção da saúde reconhecendo que esta pauta é coerente com o favorecimento de melhores condições de saúde e qualidade de vida para os pacientes afetados por este agente estressor que é a discriminação. Na prática de atendimento, os profissionais podem também estar atentos aos relatos dos pacientes acerca do impacto dessas experiências nas condições de saúde e buscar ferramentas eficazes na redução do impacto danoso da discriminação.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA J, *et al.* Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. In: *J Youth Adolesc* 2009; 38:1001-14.

AMANDA B.B *et al.* Perceived Racial Discrimination as a Predictor of Health Behaviors: the Moderating Role of Gender. In: *Race Soc Probl.* DOI 10.1007/s12552-011-9050-6. August 2011.

BASTOS, JL & FAERSTEIN, E. Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. In: *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.1, pp. 177-183. ISSN 0102-311X.

BASTOS, JL *et al.* "Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas (Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties)." In: *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change 2.1* (2010): 04-16.

BIERMAN, A. Does religion buffer the effects of discrimination on mental health? Differing effects by race. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 45, n. 4, p. 551-565, 2006.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação da escala de medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. In: *Rev. Saúde Pública* 29(5): 355-63. 1995.

BRONDOLO E, *et al.* Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. In: *Ann Behav Med* 2003; 25:55-65.

\_\_\_\_\_. Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. In: *Am J Hypertens.* 2011 May;24(5):518-29. DOI: 10.1038/ajh.2011.9. Epub 2011 Feb 17.

BURGESS D, *et al.* Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. In: *J LGBT Health Res* 2007; 3:1-14.

CORREA, AAM *et al.* Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). In: *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2011, vol.33, n.2, pp. 157-164. Epub Oct 15, 2010. ISSN 1516-4446.

CORREIA, C.*et al.* . Specificity of consumption of antidepressants and benzodiazepines by women attending family health strategy units: A multicenter study. In: *Journal of Psychosomatic Research*, v. 74, p. 542, 2013.

COSTA, RC. *et al.* Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. In: *Estud. psicol.* (Campinas) [online]. 2012, vol.29, n.4, pp. 509-518. ISSN 0103-166X.

FINCH BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. In: *J Health Soc Behav* 2000; 41:295-313.

FORTES S, *et al.* Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. *In: Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(2):150-6. Portuguese.

\_\_\_\_\_. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. *In: Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(2):150-6. Portuguese.

\_\_\_\_\_. LOPES CS, VILLANO LA. *Fatores sociodemográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família: resultados do estudo de Petrópolis-RJ* [Internet]. 2004 [citado 2011 abr 10]. Disponível em: <http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3142.pdf>.

\_\_\_\_\_.; VILLANO, LAB and LOPES, CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *In: Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 32-37. Epub Dec 20, 2007. ISSN 1809-452X.

GIBBONS FX, *et al.* Exploring the link between racial discrimination and substance use: what mediates? What buffers? *In: J Pers Soc Psychol* 2010; 99:785-801.

GONÇALVES DA *et al.* Avaliação de uma intervenção formação em saúde mental para as equipes multidisciplinares na atenção primária no Brasil: um estudo pré e pós-teste. *In: Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 304-8.

\_\_\_\_\_. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.3, pp. 623-632. ISSN 0102-311X.

GOTO, JB *et al.* Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.3, pp. 445-459. ISSN 0102-311X.

GREEN TL & DARITY Jr. WA. Under the skin: using theories from biology and the social sciences to explore the mechanisms behind the black-white health gap. *In: Am J Public Health* 2010; 100 Suppl 1:S36-40.

GRIEP, R. H. *et al.* Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, vol.19, n.2, pp. 625-634. ISSN 0102-311X, 2003.

KRIEGER, Nancy. "Discrimination and health." *Social epidemiology* 1 (2000): 36-75.

LAW I. Discrimination. *In: Ritzer G, editor. Blackwell encyclopedia of sociology.* Oxford: Blackwell; 2007. p. 1182-4.

MAKSUD, Ivia. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. *In: Physis* [online]. 2014, vol.24, n.1, pp. 311-321. ISSN 1809-4481.

MALLICK K. Individual discrimination. *In: Magill FN, editor. International encyclopedia of sociology.* London: Fitzroy Dearborn Publishers; 1995. p. 373-7.

McCABE SE, *et al.* The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *In: Am J Public Health 2010*; 100:1946-52.

MOLERO, F *et al.* La relación entre la discriminación percibida y el balance afectivo en personas con discapacidad física: el papel mediador del dominio del entorno. *In: Act.Colom.Psicol.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp. 35-42. ISSN 0123-9155.

MONTEIRO, S. e VILELLA, W. *Estigma e saúde: uma relação vital em debate.* (2013). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 207p.

NUNES, M. e TORRENTE, M de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *In: Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 101-108. ISSN 1518-8787.

PARADIES Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *In: Int J Epidemiol 2006*; 35:888-901.

PASCOE, EA & SMART-RICHMAN L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *In: Psychol Bull 2009*; 135:531-54.

SILVÁN-FERRERO, M. P. (2008). Reacciones afectivas ante el stigma de la discapacidad. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y A. Gómez (Coords.). *In: Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 401-416). Madrid: Pearson.

SZWARCWALD, C L *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.1, pp. 15-28. ISSN 0102-311X.

TAVARES ALB, SOUZA AR, PONTES RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *In: Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(26):35-42. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)492](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)492).

TRAVASSOS, C.; BAHIA, L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.204-205, fev. 2011.

VENTURA, CAA e BRITO, ES. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. *In: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 13, n. 4, 2012.

VILLANO, L. A. *Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral.* Tese de Doutorado. São Paulo/SP. Universidade Federal de São Paulo/EPM; 1998.

WILLIAMS DR, *et al.* Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *In: Am J Public Health 2003*; 93:200-8.

WILLIAMS DR, MOHAMMED SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *In: J Behav Med 2009*; 32:20-47.

WILLIAMS, D. & WILLIAMS-MORRIS, R. Racism and mental health: the African American experience. *In: Ethnicity and health*, v. 5, n. 3-4, p. 243-268, 2000.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa são relevantes por possibilitar a comparação do comportamento da rede de apoio tanto nas DCNT como nos TMC. A metodologia quantitativa dessa pesquisa nos ajuda a observar de maneira empírica e numérica como as relações interpessoais e a existência de uma rede de apoio, composta pela família, amigos e vizinhos, pode ser uma estratégia e um recurso para otimizar os cuidados prestados à população no atendimento aos pacientes na atenção primária à saúde.

A contribuição deste artigo para as pesquisas sobre a rede de apoio consiste em comparar a composição da rede de apoio dos pacientes acometidos por doenças físicas e os portadores de transtornos mentais. A associação negativa do isolamento com o diabetes demonstrou que os níveis de isolamento decrescem à medida que crescem os índices de diabetes, demonstrando que a rede de apoio se aproxima dos doentes mais graves no caso das doenças físicas. No caso das associações entre TMC e integração, os participantes mais integrados apresentaram menos ansiedade e depressão e transtorno misto, sendo demonstrada relevância da rede de apoio para os pacientes acometidos por esses transtornos.

Foram verificados distintos padrões de associação entre a experiência de discriminação com as doenças pesquisadas. Apenas a hipertensão esteve associada negativamente a discriminação. A obesidade, a ansiedade e a depressão tiveram associações positivas, os resultados deste estudo ampliam as possibilidades de análises, discussões e aprofundamento das pesquisas sobre a experiência de discriminação e a associação desta com a saúde. Suscitando com isto, outras possibilidades de investigação destes fatores, suas associações e impacto disto na saúde ou adoecimento.

Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde que trabalham na ESF estejam atentos aos relacionamentos familiares e sociais de seus pacientes, identificando o potencial deste recurso ou sua carência. Sugere-se o desenvolvimento de ações que fortaleçam a rede de apoio, reforcem a importância deste recurso para o paciente e favoreçam uma melhor utilização da rede, resultando em benefícios aos pacientes e seus familiares. Mediante a constatação do importante papel do apoio social, faz-se necessário que os profissionais identifiquem em seus contextos qual a melhor forma de explorar o recurso da rede em favor dos cuidados dos seus pacientes.

No tocante as análises acerca da experiência de discriminação para a saúde dos sujeitos, verificou-se que o padrão de associação foi diferente entre os diagnósticos de hipertensão,

obesidade, ansiedade e depressão. Além disso, os diversos motivos causadores da discriminação atuaram de forma diferenciada para cada um dos diagnósticos o que sugere um novo estudo mais aprofundado que analise cada uma dessas associações e os possíveis padrões de causalidade.

Em concordância com outros estudos analisados da revisão da literatura, este estudo concluiu que a experiência de discriminação está associada à saúde dos sujeitos e, portanto, a discussão deste conteúdo necessita de mais atenção e incentivo no campo da saúde. Algumas ações podem ser desenvolvidas visando o combate a discriminação, em especial no campo da promoção da saúde reconhecendo que esta pauta é coerente com o favorecimento de melhores condições de saúde e qualidade de vida para os pacientes afetados por este agente estressor que é a discriminação. Na prática de atendimento os profissionais podem também estar atentos aos relatos dos pacientes acerca do impacto dessas experiências nas condições de saúde e buscar ferramentas eficazes na redução do impacto danoso da discriminação.

A principal contribuição deste estudo na análise da experiência de discriminação foi demonstrar a relação da experiência de discriminação com diagnósticos de doenças físicas e mentais, advertindo para a diferença do padrão de associação entre os tipos de doença que acomete o sujeito. Esses resultados são relevantes por sinalizar as necessidades desses pacientes no enfrentamento a condição de estresse ocasionada pela discriminação, e incentivar a busca por alternativas de cuidado.

A aplicação deste estudo para a clínica se concentra na apresentação dos fatores rede de apoio e discriminação, como associados a saúde dessa população, portanto chamando a atenção dos profissionais para esses componentes em sua atuação profissional na Atenção Primária à Saúde. Incentivando o favorecimento e mobilização de recursos no desenvolvimento de ações, especialmente focadas na promoção da saúde que visem o combate a todos os tipos de discriminação pesquisados e que mobilizem o fortalecimento das redes de apoio.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, ABB & BOSI, MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1103-1112. ISSN 1678-4464.

ALMEIDA J, *et al.* Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. In: *J Youth Adolesc* 2009; 38:1001-14.

AMANDA BB *et al.* Perceived Racial Discrimination as a Predictor of Health Behaviors: the Moderating Role of Gender. In: *Race Soc Probl.* DOI 10.1007/s12552-011-9050-6. August 2011.

ARAÚJO JC, GUIMARÃES AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2007 Jun; 41(3):368-74.

ARAÚJO, RB. *et al.* Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

ARAYA R., ROJAS G, FRITSCH R., ACUÑA J, LEWIS G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. In: *Br J Psychiatry* 2001;178: 228-33.

AVENDANO MONJE, M.J. y ALMAGIA, EB. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Ter Psicol* [online]. 2008, vol.26, n.2, pp. 165-172. ISSN 0718-4808.

BACKES, V. *et al.* Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. In: *Caderno de Saúde Pública*; 27(3): 573-580, mar. 2011.

BARRETO LM, CARMO EH, 2000. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, pp. 235-260, Brasília: Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde.

BASTOS, JL & FAERSTEIN, E. Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health. in: epidemiological studies. In: *Caderno de Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.1, pp. 177-183. ISSN 0102-311X.

\_\_\_\_\_ *et al.* "Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas (Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties)." In: *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change 2.1* (2010): 04-16.

BERKMAN, LF & SYME, SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. In: *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204. 1979.

\_\_\_\_\_. *et al.* From social integration to health – Durkheim in the new Millennium. *In: Social Sci & Med* 51: 843-857. 2000.

BOTEGA, NJ. *et al.* Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação da escala de medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. *In: Rev. Saúde Pública* 29(5): 355-63. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fórum Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Coordenação-geral de Doenças Crônicas não Transmissíveis; 2004.

\_\_\_\_\_. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. *In: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília (DF):MS; 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *In: Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. *In: Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação*. Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. *In: A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRONDOLO E, *et al.* Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. *In: Ann Behav Med* 2003; 25:55-65.

\_\_\_\_\_. Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. *In: Am J Hypertens.* 2011 May;24(5):518-29. doi: 10.1038/ajh.2011.9. Epub 2011 Feb 17.

BURGESS D, *et al.* Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *In: J LGBT Health Res* 2007; 3:1-14.

BUSS PM, PELLEGRINI F. Saúde e seus Determinantes Sociais. *In: A. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007; Rio de Janeiro, 17 (1):77-93.

CAMPOS, RO. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *In: Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.16, n.12, pp. 4643-4652. ISSN 1413-8123. 2011.

CESARINO, CB. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *In: Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2008, vol.91, n.1, pp. 31-35. ISSN 1678-4170.

CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *In: Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro v. 17, n. 4, p. 887-896, jul/ago 2001.

COBB, S. Social support as a moderator of stress. *In: Psychosomatic Medicine,* 38(5), 300-314. 1976.

COHEN S, GOTTLIEB BH, UNDERWOOD LG (2000) Social relationships and health. *In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors.* Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York, NY, US: Oxford University Press. pp. 3-25.

\_\_\_\_\_. "Social relationships and health." *In: Am Psychol* 59(8): 676-684. 2004.

\_\_\_\_\_. & Wills, T.A. Stress, social support and the buffering hypothesis.

COHN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009, 2ª Ed, p.219-246.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública,* v. 24, Sup (1:S7-S27), 2008.

CORREA, AAM *et al.* Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2011, vol.33, n.2, pp. 157-164. Epub Oct 15, 2010. ISSN 1516-4446.

CORREIA, CR de M. *Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial.* Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro (RJ). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2013.

COSTA AG, LUDERMIR AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *In: Cadernos de Saúde Pública*. jan-Feb. 2005; Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79.

COSTA RS, NOGUEIRA LT. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008 Set-Out; 16(5):871-6.

COSTA, RC. et al. Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. *In: Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2012, vol.29, n.4, pp. 509-518. ISSN 0103-166X.

CRISTOVAO, MF, SATO, APS, FUJIMORI, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. *In: Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp. 1667-1672. ISSN 0080-6234.

CZERESNIA, D. (org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Capítulo 6, *In: O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios*, pág. 121-144.

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines*. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; feb. 1964. 38 p. (OPS Publicación Científica, 93).

FAERSTEIN, E. et al. "Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos." *In: Revista Brasileira de Epidemiologia* 8: 454-466. 2005.

FAQUINELLO, P. & MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *In: Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.45, n.6, pp. 1345-1352. ISSN 0080-6234. 2011.

\_\_\_\_\_. et al. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *In: Texto contexto - enferm.* [online]. vol.19, n.4, pp. 736-744. ISSN 0104-0707. 2010.

FERREIRA CLRA, FERREIRA, MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. *In: Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009; vol.53, n.1, pp. 80-86. ISSN 0004-2730.

FIGUEIRA, ALG et al. Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlceras nos pés. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.spe1, pp. 20-26. ISSN 1982-0194.

FINCH BK, KOLODY B, VEGA WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *In: J Health Soc Behav* 2000; 41:295-313.

FONSECA FCA, COELHO RZ, NICOLATO R, FERNANDES L, MALLOY-DINIZ, SILVA FILHO HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *In: J. bras. psiquiatr.* [online]. 2009; vol.58, n.2, pp. 128-134. ISSN 0047-2085.

FONTBONNE, A.; FREESE DE CARVALHO, E. M. Epidemiologia do diabetes tipo 2 e a resistência à insulina. *In: FREESE, E. M. de C. (Organizador). In: Epidemiologia, políticas e*

*determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.159-175.

FORTES, S. Social Network and Common Mental Disorders in Primary Care in Brazil. In: 10th International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, 2004, Bristol, England. In: *Book of Poster Abstracts - 10th International Congress of the International federation of Psychiatric Epidemiology*, 2004. v. 1. p. 8.

\_\_\_\_\_. LOPES, C, VILLANO, LA. Fatores Socio-Economicos, Apoio e Rede Social e Transtornos Mentais Comuns no Programa de Saúde da Família: resultados do estudo de Petrópolis. VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, 2004.

\_\_\_\_\_. VILLANO, LA.; LOPES, C. Common mental Disorders and Social-Economic and demogaphic Factors in Primary Care in Brazil. In: 10th International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, 2004, Bristol, England. In: *Book of Abstracts - 10th International Federation of Psychiatric Epidemiology*, 2004. v. 1. p. 39-39.

\_\_\_\_\_. et al. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 32-37. ISSN 1809-452X.

\_\_\_\_\_. et al [Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(2):150-6. Portuguese.

FORTES, S.; VILLANO, LA.; LOPES, C. Common mental Disorders and Social-Economic and demogaphic Factors in Primary Care in Brazil. In: 10th International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, 2004, Bristol, England. In: *Book of Abstracts - 10th International Federation of Psychiatric Epidemiology*, 2004. v. 1. p. 39-39.

FORTMANN, AL, GALLO, LC, WALKER, C and PHILIS-TSIMIKAS, A. Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. In: *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2010, vol.28, n.3, pp. 230-234. ISSN 1020-4989.

FREITAS, P. M. de. et al. *Relação entre o estresse materno e a inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral*. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 46-57, Jun. 2005.

FREITAS, LRS e GARCIA, LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 07-19. ISSN 1679-4974.

GIBBONS FX, et al. Exploring the link between racial discrimination and substance use: what mediates? What buffers? In: *J Pers Soc Psychol* 2010; 99:785-801.

GONÇALVES, J. R. L; LUIS, M. A. V. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 272-277, 2010.

GONCALVES, DA et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.3, pp. 623-632. ISSN 0102-311X.

GOTO, JB *et al.* Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.3, pp. 445-459. ISSN 0102-311X.

GREEN TL & DARITY Jr. WA. Under the skin: using theories from biology and the social sciences to explore the mechanisms behind the black-white health gap. *In: Am J Public Health* 2010; 100 Suppl 1:S36-40.

GRIEP, RH. *et al.* Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *In: Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, vol.19, n.2, pp. 625-634. ISSN 0102-311X, 2003.

HAWKLEY LC, CACIOPPO JT. *Aging and loneliness: Downhill quickly? Current Directions in Psychological Science.* 2007;16:187-191.

HELENA E, LASAGNO B, VIEIRA R. Prevalência de transtornos mentais não psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. *In: Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2010; 5 (17):42-7.

\_\_\_\_\_.; NEMES, M.I.B. and ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *In: Saúde soc.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 614-626. ISSN 0104-1290.

HENRIQUE NN, COSTA OS, VILETI JL, CORRÊA MCM, CARVALHO EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *In: Rev. Enferm. UERJ.* abr/jun. 2008; 16(2) p. 168-73.

HOUSE, JSC. & METZNER HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. (1982) *In: Am J. Epidemiol.* 116 (1) 123-140.

HU FB, *et al.* Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *In: N. Eng J Med.* 2004; 351(26):2694-703.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D; MARCON. S. S. Rede social durante a expansão da família. *In: Revista Brasileira de Enfermagem.* Brasília, v. 60, n.2, p. 184-189. Mar/abr. 2007.

KRIEGER, Nancy. "Discrimination and health." *Social epidemiology* 1 (2000): 36-75.  
KUMPEL, D.A et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *In: Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.3, pp. 471-477. ISSN 0104-0707.

LAW I. Discrimination. *In: Ritzer G, editor. Blackwell encyclopedia of sociology.* Oxford: Blackwell; 2007. p. 1182-4.

LIMA, ACS et al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. *In: Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.3, pp. 484-490. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3053.2441>.

LOUCKS, EB *et al.* Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men. *In: Psychosomatic Medicine*, 67(3), 353-358. 2005.

MAGNAGO, C. *et al.* A influência da estratégia saúde da família sobre indicadores de saúde em municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 2003. Disponível em: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/13\\_9\\_2013\\_\\_0\\_Abrasco%202012\\_A%20influenca%20da%20ESF%20sobre%20indicadores%20do%20RJ.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/13_9_2013__0_Abrasco%202012_A%20influenca%20da%20ESF%20sobre%20indicadores%20do%20RJ.pdf)

MAKSUD, I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. *Physis* [online]. 2014, vol.24, n.1, pp. 311-321. ISSN 1809-4481.

MALFATTI, CRM. & ASSUNCAO, AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *In: Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1383-1388. ISSN 1413-8123.

MALLICK K. Individual discrimination. *In: Magill FN, editor. International encyclopedia of sociology*. London: Fitzroy Dearborn Publishers; 1995. p. 373-7.

MALTA, DC. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *In: Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2014, vol.23, n.4, pp. 599-608. ISSN 1679-4974.

MARTINEZ MC, LATORRE MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *In: Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2006; vol.87, n.4, pp. 471-479. ISSN 0066-782X.

MC.CABE SE, *et al.* The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *In: Am J Public Health* 2010; 100:1946-52.

MCLELLAN KCP, MOTTA DG, LERARIO AC, CAMPINO ACC. Custo do atendimento ambulatorial e gasto hospitalar do Diabetes Mellitus tipo 2. *In: Saúde em Revista*, 2006; 8(20):37-45.

MENDES, E V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. *In: Rev. Baiana Saude Publica*, v.31, n.1, p.19-24, 2007.

MOLERO, F *et al.* La relación entre la discriminación percibida y el balance afectivo en personas con discapacidad física: el papel mediador del dominio del entorno. *In: Act.Colom.Psicol.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp. 35-42. ISSN 0123-9155.

MONTEIRO, S. e VILELLA, W. Estigma e saúde: uma relação vital em debate. (2013). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 207p.

MOREIRA, MC. & SARRIERA, JC. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *In: Psicologia e Estudos* [online], vol.13, n.4, pp. 781-789. ISSN 1413-7372, 2008.

OLIVEIRA NF, SOUZA MCBM, ZANETTI ML, SANTOS MA, *et al.* Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordado em Grupo de Apoio Psicológico. *In: Rev. Bras Enferm.* 2011 mar/abr; 64(2): 301-307.

OLIVEIRA, LCF de; ASSIS, M.A & BARBONI, AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *In: Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3561-3567. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, MA.de C. & PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *In: Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.spe, pp. 158-164. ISSN 0034-7167.

OLIVEIRA, NF. de. *et al.* Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *In: Revista brasileira de enfermagem.* [online], vol.64, n.2, pp. 301-307. ISSN 0034-7167. 2011.

ORTIZ, M; ORTIZ, E; GATICA, A y GOMEZ, D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *In: Ter Psicol* [online]. 2011, vol.29, n.1, pp. 5-11. ISSN 0718-4808.

PARADIES Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *In: Int J Epidemiol* 2006; 35:888-901.

PASCOE, EA & SMART-RICHMAN L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *In: Psychol Bull* 2009; 135:531-54.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.* Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PINTO, J. L. G. *et al.* Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *In: Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 753-764. ISSN 1413-8123.

PORTUGAL, FB. *et al.* Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *In: J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, vol.63, n.1, pp. 23-32. ISSN 0047-2085.

\_\_\_\_\_. *Sofrimento psíquico na Atenção Primária: reflexos na qualidade de vida.* Tese apresentada para obtenção do título de doutor. Rio de Janeiro (RJ). Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. 2015.

RAMOS L, FERREIRA, EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *In: Rev. Bras. de Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2011; 21 (3): 864-877.

RIOS, LC. *et al.* Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. *In: Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. vol.33, n.2, pp. 98-102. ISSN 0101-8108. 2011.

ROSSELLÓ J, MAYSONET GM. Dificultades y preocupaciones identificadas por jóvenes puertorriqueños/as con diabetes mellitus insulino-dependiente (IDDM): su relación con control metabólico, desesperanza, apoyo social y sintomatología depresiva. *Puerto Rico health science journal*. j;25(4):331-335, Dec. 2006.

ROSSELLÓ, J; PÉREZ, D. Ansiedad y apoyo social en un grupo de jóvenes con diabetes insulino-dependiente. *Bol. Asoc. Méd. P. R*;95(3):7-10, May-Jun. 2003.

SANTOS EG, SIQUEIRA MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *In: J. bras. psiquiatr.* [online]. 2010; vol.59, n.3, pp. 238-246. ISSN 0047-2085.

SANTOS, MA. dos. *et al.* Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *In: Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 651-658. ISSN 0080-6234.

SARTORELLI, DS. & CARDOSO, M.A.. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. *In: Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2006, vol.50, n.3, pp. 415-426. ISSN 1677-9487.

SHAROVSKY LL, ROMANO BW. Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome. *In: Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2013; vol.30, n.4, pp. 603-608. ISSN 0103-166X.

SILVA TMR, ALVARENGA MRM, OLIVEIRA MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *In: Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012; vol.20, n.5, pp. 935-943. ISSN 0104-1169.

SILVÁN-FERRERO, M. P. (2008). Reacciones afectivas ante el stigma de la discapacidad. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y A. Gómez (Coords.). *In: Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 401-416). Madrid: Pearson.

SOUZA JMB, CASTRO MM, MAIA EMC, RIBEIRO AN, ALMONDES KM, Silva NG. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *In: Rev Bras Ter Cogn* 2005; 1:59-67.

SOUZA, ÂC, RIVERA, FJU. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *In: Rev Tempus Actas Saúde Colet.* 2010;4(1):105-14.

SZWARCWALD, CL *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.1, pp. 15-28. ISSN 0102-311X.

TAVARES ALB, *et al.* Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(26):35-42. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)492](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)492).

TORRES, M. A. & ABACAXI, J. A. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *In: Terapia psicológica*. vol.28, n. 1, 45-53. ISSN 0718-4808. 2010.

TRAVASSOS, C.; BAHIA, L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.204-205, fev. 2011.

VALLA VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *In: Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15 (2):7-14.

VECCHIA MD, MARTINS STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *In: Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):183-93.

VENTURA, CAA e BRITO, ES. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. *In: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 13, n. 4, 2012.

VILLANO, L. A. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. Tese de Doutorado. São Paulo/SP. Universidade Federal de São Paulo/EPM; 1998.

W Aidman, M. A. P., Costa, B. & Paiano, M. (2012). Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em Saúde Mental. *In: Rev. Esc. Enferm*, 46(5), 1170-1177.

WILLIAMS DR, *et al.* Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *In: Am J Public Health* 2003; 93:200-8.

\_\_\_\_\_, MOHAMMED SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *In: J Behav Med* 2009; 32:20-47.

\_\_\_\_\_. & WILLIAMS-MORRIS, R. Racism and mental health: the African American experience. *In: Ethnicity and health*, v. 5, n. 3-4, p. 243-268, 2000.

ZIGMOND A.S. & SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *In: Acta Psychiatrica Scand*; 67:361-370. 1983.



As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

A9 – Atualmente você é:

- 1  Casado(a) ou vive em união
- 2  Separado(a), ou divorciado(a)
- 3  Viúvo(a)
- 4  Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

A10 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa?  
Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos,  
Agregados.

\_\_\_\_\_

A11 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? \_\_\_\_\_

A12 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? \_\_\_\_\_

A13 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado?

\_\_\_\_\_

A14 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1  Eu mesmo(a)
- 2  Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3  Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4  Meu pai ou minha mãe
- 5  Meu filho ou minha filha
- 6  Não tem chefe
- 7  Outra pessoa: \_\_\_\_\_

A15 - Qual é o seu grau de instrução

- 1  Não frequentou escola (analfabeto).  
 2  1º grau incompleto (Até a quarta série)  
 3  1º grau incompleto (Entre quinta e sétima série)  
 4  1º grau completo  
 5  2º grau incompleto  
 6  2º grau completo  
 7  Universitário incompleto  
 8  Universitário completo

A16 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês) ?

R\$ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/:

A17 – Quanto ganham todos juntos na casa?

R\$ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

A18 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

- 1  Aposentadoria 2  Auxílio Doença 3  Emprego regular 4  Biscates  
 5  Pensão 6  outros \_\_\_\_\_ código:  
 \_\_\_\_\_

A19 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve alguma fonte de renda?

- 1  Todo tempo 2  3 meses 3  6 meses 4  9 meses  
 5  Não tive fonte de renda

A20 – Atualmente, qual é a sua religião? (Aquela com que você mais se identifica)

- 1  Adventista
- 2  Assembléia de Deus
- 3  Batista
- 4  Budista
- 5  Candomblé
- 6  Casa da Benção
- 7  Católica
- 8  Congregação Cristã do Brasil
- 9  Espirita Kardecista
- 10  Evangelho Quadrangular
- 11  Judaica
- 12  Luterana
- 13  Messiânica
- 14  Metodista
- 15  Presbiteriana
- 16  Testemunha de Jeová
- 17  Universal do Reino de Deus
- 18  Umbanda
- 19  Outra (especifique):
- 20  Não tenho religião

A21 – Nos **ULTIMOS 12 MESES** (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1  Mais de 1 vez por semana  
 2  1 vez por semana  
 3  2 a 3 vezes por mês  
 4  Algumas vezes no ano  
 5  Uma vez no ano  
 6  Não compareci nenhuma vez

A22 – No **ÚLTIMO MÊS** você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

- 1  Sim  
 2  Não
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
- /\_/\_/\_/\_/

A23 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior

- 1  Sim  
 2  Não
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
- /\_/\_/\_/\_/

A24 – Nos último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

- 1  Sim  
 1  Não
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento? \_\_\_\_\_

A 25 – De um modo geral, em comparação as pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1  Muito Bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

F1 – Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?  
 (Se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta.)

\_\_\_\_\_ parentes

0  Nenhum

F2 – Com quantos AMIGOS você sente à vontade e pode falar quase tudo?  
 (Não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)

\_\_\_\_\_ amigos

0  Nenhum

F3 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1  Sim

2  Não

Se SIM, com que frequência?

1  Mais de uma vez por semana

2  1 vez por semana

3  2 a 3 vezes por mês

4  Algumas vezes no ano

5  Uma vez no ano

**F4 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?**

1  Sim

2  Não

Se SIM, com que frequência?

1  Mais de uma vez por semana

2  1 vez por semana

3  2 a 3 vezes por mês

4  Algumas vezes no ano

5  Uma vez no ano

**F5 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, na Igreja, ou outras?**

1  Sim

2  Não

Se SIM, com que frequência?

1  Mais de uma vez por semana

2  1 vez por semana

3  2 a 3 vezes por mês

4  Algumas vezes no ano

5  Uma vez no ano

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

**F6 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou Lazer) por mais de um mês?**

1  Sim

2  Não

Se SIM, qual foi esse problema de saúde?

---



---



---

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  Entre 7 e 12 meses atrás

**F7 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?**

1  Sim

2  Sim, mais de uma vez

3  Não

Se SIM, qual(is) o(s) motivo(s) dessa(s) Internação(ões)?

---



---



---

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  Entre 7 e 12 meses atrás

F8 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge companheiro(a), filho ou irmão)?

1  Sim

2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  e 7 e 12 meses atrás

F9 - Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

- 1  Sim  
2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

F10 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (Por exemplo, por aumento de aluguel)?

- 1  Sim  
2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

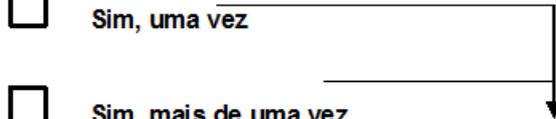
F11 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

- 1  Sim  
2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

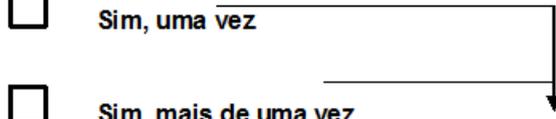
F12 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

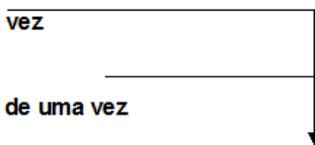
F13 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

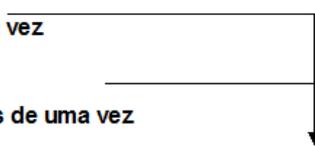
F14 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

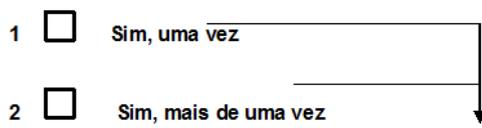
F15 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você presenciou alguém ser ferido com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

F16 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

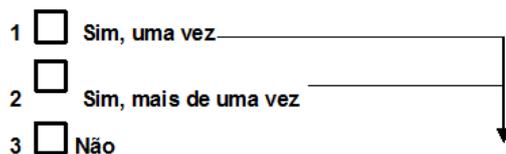
Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

F17 – Algum desses acidentes ocorreu quando você estava indo para o trabalho ou voltando do trabalho para casa ou para outro lugar?

- 1  Sim
- 2  Não

F18 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi atingida por alguma catástrofe natural (enchente, deslizamentos)?

- 1  Sim, uma vez
- 2  Sim, mais de uma vez
- 3  Não
- 

Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

F19 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo?  
(Marque SIM ou Não para cada item)

A) Sua cor ou raça 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

B) Ser homem ou mulher 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

C) Sua religião ou culto 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

D) Sua opção ou preferência sexual 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

E) Doença ou deficiência física 1 Sim 2 Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês
- 2  Entre 1 e 6 meses atrás
- 3  Entre 7 e 12 meses atrás

F) Sua idade 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

G) Sua condição social ou econômica 1  Sim 2  Não

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

H) OUTRAS (especifique): \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1  Há menos de 1 mês  
2  Entre 1 e 6 meses atrás  
3  Entre 7 e 12 meses atrás

F20 – Que sintomas ou problemas o trazem hoje ao médico?

- (A) \_\_\_\_\_  
 (B) \_\_\_\_\_  
 (C) \_\_\_\_\_  
 (D) \_\_\_\_\_  
 (E) \_\_\_\_\_

F21 – O que você acha que está causando estes problemas?

- (A) \_\_\_\_\_  
 (B) \_\_\_\_\_  
 (C) \_\_\_\_\_  
 (D) \_\_\_\_\_  
 (E) \_\_\_\_\_

F22 – Você acha que o nervoso ou preocupações podem estar causando seu problema?

- 1  Sim  
 2  Não

F23 – Nas últimas duas semanas você se acha uma pessoa nervosa/que sofre dos nervos?

- 1  Sim  
 2  Não

F24 – Você sofreu de nervos nos últimos dois anos?

- 1  Sim  
 2  Não

F25 – Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

- 1  Sim  
 2  Não

Se SIM, que medicamento(s) você usou nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO B – Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD

<b>ANEXO B - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)</b>	
Nome: _____ Data: _____	
Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido nos <b>últimos quinze dias</b> .	
Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.	
<p><b>A1 Eu me sinto tenso ou contraído</b></p> <p>3 ( ) A maior parte do tempo</p> <p>2 ( ) Boa parte do tempo</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Nunca</p>	<p><b>D1 Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas</b></p> <p>3 ( ) Quase sempre</p> <p>2 ( ) Muitas vezes</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Nunca</p>
<p><b>D2 Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar</b></p> <p>0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Não tanto quanto antes</p> <p>2 ( ) Só um pouco</p> <p>3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p><b>A2 Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)</b></p> <p>0 ( ) Nunca</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>2 ( ) Muitas vezes</p> <p>3 ( ) Quase sempre</p>
<p><b>A3 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b></p> <p>3 ( ) Sim, de um jeito muito forte</p> <p>2 ( ) Sim. Mas não tão forte</p> <p>1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 ( ) Não sinto nada disso</p>	<p><b>D3 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência</b></p> <p>3 ( ) Completamente</p> <p>2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 ( ) Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
<p><b>D4 Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b></p> <p>0 ( ) Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Atualmente um pouco menos</p> <p>2 ( ) Atualmente bem menos</p> <p>3 ( ) Não consigo mais</p>	<p><b>A4 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum</b></p> <p>3 ( ) Sim, demais</p> <p>2 ( ) Bastante</p> <p>1 ( ) Um pouco</p> <p>0 ( ) Não me sinto assim</p>
<p><b>A5 Estou com a cabeça cheia de preocupações</b></p> <p>3 ( ) A maior parte do tempo</p> <p>2 ( ) Boa parte do tempo</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Raramente</p>	<p><b>D5 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir</b></p> <p>0 ( ) Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Um pouco menos do que antes</p> <p>2 ( ) Bem menos do que antes</p> <p>3 ( ) Quase nunca</p>
<p><b>D6 Eu me sinto alegre</b></p> <p>3 ( ) Nunca</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>1 ( ) Muitas vezes</p> <p>0 ( ) A maior parte do tempo</p>	<p><b>A6 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico</b></p> <p>3 ( ) A quase todo tempo</p> <p>2 ( ) Várias vezes</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Não sinto isso</p>
<p><b>A7 Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado</b></p> <p>0 ( ) Sim, quase sempre</p> <p>1 ( ) Muitas vezes</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>3 ( ) Nunca</p>	<p><b>D7 Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa</b></p> <p>0 ( ) Quase sempre</p> <p>1 ( ) Várias vezes</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>3 ( ) Quase nunca</p>



	<b>G)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
	<b>H)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	

4) Por favor, relacione as doenças físicas diagnosticadas neste paciente (um por linha), classificando-os segundo sua causa, circulando somente um número para cada doença.

	<input type="checkbox"/> Sem doença física diagnosticada	Em remissão	Sob controle	Caso leve	Caso moderado	Caso grave
	<b>A)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>B)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>C)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>D)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>E)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>F)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

5) Por favor, relacione os transtornos mentais/problemas emocionais do paciente, caso estejam presentes (um por linha), classificando-os segundo sua causa, circulando somente um número para cada transtorno mental ou problema emocional.

	<input type="checkbox"/> Sem transtorno mental / problema emocional diagnosticado	Em remissão	Sob controle	Caso leve	Caso moderado	Caso grave
	<b>A)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>B)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>C)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>D)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>E)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>F)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

6) Qual a medicação o paciente está usando (da mais importante para a menos importante)

Medicamento	Dose total diária
<b>6.1</b>	
<b>6.2</b>	
<b>6.3</b>	
<b>6.4</b>	

6.5		
6.6		

**7) Qual outras intervenções foram indicadas para esse pacientes na atenção primária ou fora dela (incluir encaminhamento para especialistas em saúde mental, grupos, atendimento de apoio ou da família no PSF, etc)?**

Intervenções	Local	
7.1		
7.2		
7.3		
7.4		
7.5		
7.6		

**8) Você investigou junto ao paciente aos aspectos psicossociais que possam atuar na produção, manutenção, agravamento ou resolução deste quadro?**

1.  Sim 2.  Não

**Se sim, quais são tais fatores e como eles influenciaram no quadro?**

---



---



---

**9) Você investigou o significado de estar doente para este paciente?**

1.  Sim 2.  Não

**Se sim, qual esse significado?**

---



---



---

**10) Você avaliou estilo de vida e rotina de exames relacionados a prevenção e promoção de saúde?**

1.  Sim 2.  Não

**11) Quanto tempo durou, aproximadamente, o atendimento desse paciente? |\_\_|\_\_| minutos**

## ANEXO D – Comprovação de Aprovação do 1º Artigo Científico

27/12/2014

ScholarOne Manuscripts



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**Submission  
Confirmation**Thank you for submitting your manuscript to *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Manuscript ID: ICSE-2014-1368

Title: Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária.

Authors: ARAGÃO, ELLEN  
Campos, Mônica  
Portugal, Flávia  
Lopes, Claudia  
Fortes, Sandra

Date Submitted: 27-Dec-2014



Print



Return to Dashboard

04-Aug-2016

Dear Miss Aragão:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais." for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution and e-mail); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units).

We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published.

The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: [cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br)

Thank you for your contribution,

Prezado(a) Miss Aragão:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais." para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição e e-mail); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (4) Palavras-Chave (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades).

Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada.

O arquivo e as declarações em anexo devem ser enviados para o e-mail: [cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br)

Obrigado pela sua contribuição