

Associação entre determinantes de saúde, transtornos mentais comuns e apoio social no público masculino

Association between health determinants, common mental disorders and social support in the male public

Asociación entre determinantes de salud, trastornos mentales comunes y apoyo social en el público masculino

Jorge Luiz Lima da Silva
Felipe dos santos costa
Liliane reis teixeira
Gabriella filippini silva ramos

Resumo

Objetivo: analisar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, saúde, transtornos mentais comuns (TMC), acesso aos serviços de saúde e sua relação com apoio social entre homens.

Método: estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional realizado com 370 residentes em município do interior do Estado de São Paulo que utilizou questionário autoaplicado contendo a escala *Medical Outcomes Study* para mensurar a percepção de apoio social e *Self-Reporting Questionnaire* para transtornos mentais comuns. **Resultados:** foi encontrada associação estatística entre apoio social e as variáveis: idade; renda; filhos; cor da pele; escolaridade; situação conjugal; etilismo; uso do preservativo; aferição da glicemia capilar; qualidade do sono; presença de amigos, histórico clínico de hipertensão, diabetes; acesso às unidades de saúde e os TMC, com destaque maiores chances de baixo apoio social entre os que moram sozinhos, não previnem IST e entre os suspeitos de TMC. Percebeu-se também que ser branco foi fator de proteção para o baixo apoio. **Conclusão:** observa-se que o apoio social se mostra relevante para a saúde do homem, sobretudo em aspectos sociais, da saúde física e mental e de acesso a serviços de saúde do grupo estudado.

Descritores: Apoio Social; Determinantes Sociais de Saúde; Transtorno Mental Comum; Saúde do Homem.

Abstract

Objective: to analyze sociodemographic aspects, life habits, health, common mental disorders (CMD), access to health services and their relationship with social support among men.

Method: an observational, descriptive, sectional study carried out with 370 residents in a city in the interior of the state of São Paulo that used a self-administered questionnaire containing the *Medical Outcomes Study scale* to measure the perception of social support and the *Self-Reporting Questionnaire* for common mental disorders. Results: a statistical association was found between social support and the variables: age; income; sons; skin color; schooling;

marital situation; alcoholism; condom use; measurement of capillary blood glucose; sleep quality; presence of friends, clinical history of hypertension, diabetes; access to health units and CMDs, with a greater chance of low social support among those who live alone, do not prevent STIs and among CMD suspects. It was also noticed that being white was a protective factor for low support. **Conclusion:** it is observed that social support is relevant to men's health, especially in social aspects, physical and mental health and access to health services of the studied group.

Descriptors: Social Support; Social Determinants of Health; Common Mental Disorder; Men's Health.

Resumen

Objetivo: analizar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, salud, trastornos mentales comunes (TMC), acceso a los servicios de salud y su relación con el apoyo social entre los hombres. **Método:** estudio observacional, descriptivo, seccional, realizado con 370 habitantes de una ciudad del interior del estado de São Paulo, que utilizó un cuestionario autoadministrado que contenía la escala Medical Outcomes Study para medir la percepción de apoyo social y el Self- Cuestionario de notificación de trastornos mentales comunes. **Resultados:** se encontró asociación estadística entre el apoyo social y las variables: edad; ingreso; hijos; color de la piel; enseñanza; situación marital; alcoholismo; uso de condones; medición de glucosa en sangre capilar; la calidad del sueño; presencia de amigos, historia clínica de hipertensión, diabetes; el acceso a unidades de salud y CMD, con mayor probabilidad de bajo apoyo social entre quienes viven solos, no previenen ITS y entre los sospechosos de CMD. También se notó que ser blanco era un factor protector para un soporte bajo. **Conclusión:** se observa que el apoyo social es relevante para la salud de los hombres, especialmente en los aspectos sociales, la salud física y mental y el acceso a los servicios de salud del grupo estudiado.

Descriptores: Apoyo Social; Determinantes Sociales de la Salud; Trastorno Mental Común; Salud de los Hombres.

1 Introdução

O homem se constitui a partir da construção de sua relação com o outro. Viver com o outro na delimitação de si e do mundo externo, firmado por outro ser, estrutura a essência do estabelecimento dos vínculos e cria relacionamentos entre as pessoas⁽¹⁾.

Nesse contexto, o apoio social pode ser definido como a integração das dimensões suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam oferecer⁽²⁻⁵⁾. Importante também definir-se rede social que envolve o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. Sua avaliação revelaria o nível de integração social do indivíduo⁽⁶⁾.

Estudos avaliam que o apoio social abarca situações de doença, crise desenvolvimental e vulnerabilidade física, mental e/ou social. Tem sido demonstrada a importância do apoio social nesses contextos, revelando-se prioritário para promoção à saúde⁽⁵⁾.

Sabe-se que a população masculina possui fragilidades que lhes são atribuídas devido a questões culturais, psicológicas e comportamentais. A se pensar nas repercussões dessas questões, no Brasil, homens vivem em média 7,1 anos menos do que as mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a expectativa de vida dessa população chegou a 72,2 anos enquanto a feminina atingiu 79,3⁽⁷⁾.

Em 2015, excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério, o sexo masculino obteve o maior número de internações (51%) nesse grupo. A maior proporção de internações entre os homens, ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (30%)⁽⁸⁾.

Para além de fatores biológicos, genéticos e de circunstâncias pessoais, o ambiente, o contexto de vida onde o indivíduo nasce, se desenvolve, e envelhece condicionam a saúde e bem-estar mental. O ambiente é assim entendido num âmbito mais alargado, inter-relacionando-se com o território e suas características sociais, econômicas, culturais, físicas e institucionais, todas somadas a fatores próprios do indivíduo formam os determinantes de saúde⁽⁹⁾.

Uma condição marcadamente influenciada pelas condições de vida são os transtornos mentais comuns (TMC). Trata-se de problema de saúde importante para o profissional de saúde, sobretudo o que atua na atenção primária, devido sua alta prevalência. Trata-se de um conceito, que transcende as categorias diagnósticas fixas estabelecidas, como a CID-10. A identificação desse tipo de transtorno se aplica àqueles indivíduos que apresentam sintomas considerados comuns, mas cujos diagnósticos não estão compreendidos em uma única categoria dentro da psiquiatria⁽¹⁰⁾.

De modo contextual, o homem ainda pertence a um contingente populacional negligenciado por ações e serviços de saúde. Aspectos que não os contemplados pelo modelo biomédico ainda são muito pouco explorados pelos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Observa-se dificuldade das equipes de saúde em atenuar a rigidez de suas programações de modo a atender a demandas espontâneas, peculiaridades próprias dessas regiões como distância e dificuldades de acessibilidade e de propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade⁽¹²⁾.

Um dos pontos importantes para superação dessas problemáticas, o suporte oferecido pelas redes de apoio social é crucial para o enfrentamento de situações adversas da vida. Além de promover resiliência e habilitar o sujeito a utilizar os recursos psicológicos para contornar seus problemas emocionais, promover comportamentos de adesão a tratamentos de saúde e a

aumentar o senso de estabilidade e bem-estar psicológico. Podendo reduzir, também, a suscetibilidade individual a enfermidades e atuar como fator de proteção à saúde⁽¹³⁾.

Cabe destacar, que no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) os aspectos que envolvem apoio social também influenciam e se associam a questões psicológicas do processo de saúde-doença e aos transtornos mentais. A exemplo disso, pesquisa realizada no México identificou relações existentes entre baixo apoio social e a ocorrência de TMC⁽¹⁴⁾. Em outro estudo, brasileiro e mais recente, em que se analisaram os diferentes padrões de apoio social e doenças físicas e mentais, no contexto da atenção primária, também se percebeu menor apoio entre os usuários dos serviços e os resultados apontaram para a problemática do padrão relacional dos portadores de TMC com sua rede de apoio⁽¹³⁾.

Nos poucos estudos existentes acerca do apoio social existente em áreas rurais, percebe-se que além da marca das condições precárias de vida, muitas vezes identificadas nesses territórios, há precariedade na rede de relações sociais. Identificam-se dificuldades para participar de atividades de entretenimento, diversão e lazer⁽¹⁵⁾.

A literatura existente incide na relação que existe entre os determinantes e sua ação indutora de iniquidade no acesso aos cuidados de saúde⁽¹⁶⁾. Há condicionantes que são decisivos no processo saúde-doença e que devem ser considerados na produção da atenção⁽¹⁷⁾.

No que concerne aos TMC, a realização de pesquisa, bem como de estudos que propiciem o diagnóstico precoce e correto desse transtorno é fundamental para evitar prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo e ônus ao sistema de saúde. Além disso, constata-se uma lacuna referente a estudos nacionais nesta temática. Novos estudos podem fornecer subsídios para ações da equipe de saúde na prevenção, identificação, encaminhamento e acompanhamento das pessoas que apresentam sintomas de adoecimento psíquico⁽¹⁸⁾. Apesar da prevalência de TMC ser maior entre públicos femininos, pouco se sabe a respeito desse problema de saúde em grupos de homens⁽¹⁹⁾.

Nessa ótica, emerge como questão a ser respondida por esta pesquisa: estariam o apoio social, aspectos sociodemográficos, hábitos de vida e saúde associados a transtornos mentais comuns entre homens? A partir disso, analisar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, saúde, transtornos mentais comuns, acesso aos serviços de saúde e sua relação com apoio social no contexto de vida do homem de cidade do interior do Estado de São Paulo – SP constitui-se como objetivo desse estudo.

2 Método

Estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional. O estudo seguiu a resolução 466/2012⁽²⁰⁾, e contou com a aprovação do comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, com número do parecer 2.617.228.

A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2019. A amostra de estudo foi composta de homens residentes no município de Bananal – SP. No estudo foram incluídos moradores do município do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 65 anos de idade incompletos, referente à faixa etária produtiva, e excluídos moradores recém-chegados de outras regiões que não a cidade em questão, há menos de seis meses.

O total selecionado de participantes para essa pesquisa foi de 370 sujeitos, o instrumento utilizado foi questionário estruturado com questões fechadas, elaborado pelos próprios pesquisadores e que foi utilizado como formulário.

A aplicação dos questionários ocorreu no ambiente das unidades de saúde do município e também e por meio de visitas domiciliares. Os participantes preencheram o questionário com auxílio dos aplicadores, tendo início, em seguida, as aferições de medidas como peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial (medida que não foi analisada no presente estudo).

A variável TMC foi avaliada de acordo com vinte questões que correspondem à versão reduzida do SRQ-20, criado com a finalidade de estimar casos suspeitos. O instrumento, em sua versão reduzida, foi validado pela Organização Mundial de Saúde em 1983 e no Brasil, em 1986⁽²¹⁾. Este estudo adotou para fins de classificação sujeitos não suspeitos aqueles que apresentarem escore igual ou menor a cinco respostas positivas, e suspeitos aqueles com escore igual ou acima de seis, uma vez que na validação do instrumento recomendou-se o ponto de corte de cinco respostas positivas para homens ⁽²²⁾.

Alpha de Cronbach foi calculado para medir a confiabilidade (consistência interna) e avaliar a magnitude em que os itens do SRQ estão correlacionados, o valor encontrado foi de 0,747.

Além de variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida, de saúde e de acesso e TMC, a percepção do apoio social foi estimada por meio da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) que foi desenvolvida para o *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS) e pela equipe de Griep no estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro⁽²³⁾.

O instrumento foi concebido para criar cinco dimensões de apoio social. A dimensão afetiva, (cinco questões); a interação social positiva, (quatro questões); a dimensão emocional, (quatro questões); a informação, (quatro questões); e a dimensão material, (quatro questões), totalizando dezenove itens avaliados numa escala tipo likert com cinco opções de resposta: 1 "Nunca"; 2 "Raramente"; 3 "Às vezes"; 4 "Quase sempre" e 5 "Sempre"⁽⁶⁾.

Os escores foram obtidos por meio da soma de pontos atribuídos às perguntas de cada dimensão. A cada resposta foi atribuído uma pontuação que variou de 1 a 5. Quanto maior fosse o escore maior seria o nível de apoio social percebido. A soma de pontos obtidos de cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão (que variava de acordo com o número de perguntas). O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100. Os homens que deixaram de responder a qualquer pergunta de determinada dimensão foram excluídos do cálculo do escore⁽²³⁾.

Para definição do apoio social, de acordo com a escala MOS-SSS, os escores encontrados, define-se que entre 0 e 33 pontos o apoio social é considerado baixo; entre 33 e 67 pontos, apoio social moderado; e entre 67 a 100 pontos, apoio social alto⁽⁶⁾. Na realização da análise bivariada, optou-se por considerar o apoio social abaixo da mediana geral do grupo como baixo apoio social e acima da mediana como alto. Neste estudo, a consistência interna, medida pelo alpha de Cronbach foi de 0,982.

As variáveis contínuas foram estipuladas pela média, as outras variáveis relacionadas aos determinantes de saúde (fatores sociodemográficos, hábitos de vida, de saúde e de acesso aos serviços de saúde) foram reagrupadas em dois estratos para melhor análise dos dados para observância da significância estatística, como será visualizado na tabela dos resultados. O teste qui quadrado (X^2) foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos analisados, durante a análise bivariada. Foi considerado, na avaliação da significância, o valor $p \leq 0,05$ ⁽²⁴⁾.

Após essas etapas, foi realizada identificação das variáveis de confundimento e aplicado modelo de regressão logística binária. Na análise dos dados, buscou-se relacionar os achados com o referencial teórico abordado aos achados. Cada etapa do processo de análise dos dados foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21 (SPSS®) e o RStudio®.

3 Resultados

No grupo estudado observou-se média de idade de 37 anos, renda de 2 a 3 salários mínimos (132 ou 35,70%), maioria sem filhos (200 ou 21,00%) cor auto-referida branca (124 ou 17,74%), escolaridade predominante o ensino médio incompleto (177 ou 47,80%) e maioria sem companheira (o) (220 ou 21,81%).

Com relação aos seus hábitos de vida, metade relatou ser etilista 188 (50,08%) e informou uso de métodos preventivos nas práticas sexuais, 183 (49,50%). Dos sujeitos, 200 (54,10%) afirmaram ter realizado aferição de glicemia alguma vez (196 ou 21,93%).

Com relação ao sono, 172 (46,50%) informaram dormir o suficiente. A média de amigos referida encontrada foi de 3, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) informada por profissional de saúde foi referida por 107 ou 28,90% e o diabetes por 39 ou 9,9% dos homens.

Quanto aos aspectos relacionados ao acesso à saúde no município, 267 (72,20%) informaram ter ido a alguma unidade de saúde do município. A prevalência global de suspeição para TMC foi de 20%, considerando-se os pontos de cortes estabelecidos. Entre os escores, a média foi de 2,88; mediana 2,00 (DP± 2,92); o valor mínimo encontrado foi 0,00 e máxima 16,00. O valor do alpha de Cronbach encontrado foi de 0,747.

Quanto à escala de apoio social, a média encontrada foi de 44,79; a mediana 51,00; a moda encontrada foi 57,00; o valor mínimo encontrado foi 01,00 e máximo 77,00. De acordo com distribuição do apoio social percebido por dimensões, observou-se escore de 57,90 para a dimensão afetiva; 57,50 para a dimensão interação social positiva; 60,00 para a dimensão emocional/informação; e 58,00 para a dimensão material. O escore para o apoio social geral percebido foi de 58,00, o que de acordo com a escala utilizada é classificado como apoio social moderado⁽²³⁾.

Na Tabela 1, a seguir, foram descritas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, de saúde e de acesso em que se constatou associação estatística com o apoio social percebido pelo grupo, abaixo ou acima da mediana encontrada.

De acordo com análise bivariada, entre os indivíduos com mais de 37 anos, observou-se maior prevalência de baixo apoio social (59,30%, p=0,003). Quanto à renda, observou-se que os homens com renda de até dois salários mínimos apresentam maior prevalência do baixo apoio social (57,59%, p=0,014).

Com relação a filhos, observou-se que os homens com filhos têm menos apoio (59,41%, p= 0,003). Entre os brancos (63,70%, p=0,000), observou-se prevalência de maior apoio social (59,58%, p=0,000) com relação aos demais estratos raciais.

Ao observar-se a escolaridade, detectou-se baixo apoio entre os homens com escolaridade inferior ao ensino médio incompleto (60,50%, $p=0,013$) e com relação à situação conjugal o baixo apoio foi mais observado entre os que possuíam companheira (o) (57,33%, $p=0,047$) e não eram etilistas (54,34%, $p=0,002$). Percebeu-se também associação estatística entre o não uso de preservativo (66,84%, $p=0,000$) e o baixo apoio.

Entre os que haviam realizado aferição de glicemia capilar alguma vez observou-se baixo apoio (58,16%, $p=0,000$). Com relação à hipertensão arterial sistêmica referida por profissional de saúde, assim como o diabetes, constatou-se maior prevalência de baixo apoio social nos que relataram não possuir essas doenças (55,51%, $p=0,050$ e 52,26, $p=0,050$).

Maior prevalência de baixo apoio também foi percebida entre os homens que relataram dormir o suficiente (58,72%, $p=0,000$). O alto apoio social foi mais prevalente entre os que informaram dormir mais que o suficiente (70,11%, $p=0,000$).

Com relação ao número de amigos, observou-se que aqueles com menos amigos apresentaram menor apoio (68,85%, $p=0,000$). Com relação ao acesso, foi observada associação estatística entre nunca ter acessado serviços de saúde do município e o baixo apoio social (64,07%, $p=0,002$).

Tabela 1 - Apoio social, pela mediana, segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, de saúde e acesso entre homens, de Bananal, SP, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	APOIO SOCIAL SEGUNDO MEDIANA				Valor de <i>p</i>
	Abaixo		Acima		
	N*	%†	N*	%†	
<i>Idade pela média</i>					
Até 37 anos	87,00	43,93	111,00	56,06	$p=0,003$
Acima de 37 anos	102,00	59,30	70,00	40,69	
<i>Faixa de renda</i>					
Até 2 SM‡	110,00	57,59	81,00	42,40	$p=0,014$
Acima de 2 SM‡	79,00	44,13	100,00	55,86	
<i>Filhos</i>					$p=0,003$
Sim	101,00	59,41	69,00	40,58	
Não	88,00	44,00	112,00	56,00	
<i>Cor</i>					$p=0,000$
Negro	32,00	60,37	21,00	39,62	
Pardo	78,00	40,41	115,00	59,58	

Branco	79,00	63,70	45,00	36,29	
<i>Escolaridade</i>					p=0,013
Até ens. médio incomp.	72,00	60,50	47,00	39,49	
Acima ens. médio incomp.	117,00	46,61	134,00	53,38	
<i>Situação conjugal</i>					p=0,047
Com companheira (o)	86,00	57,33	64,00	42,66	
Sem companheira (o)	103,00	46,81	117,00	53,18	
<i>Etílista regular</i>					p=0,002
Sim	81,00	43,08	107,00	56,91	
Não	108,00	59,34	74,00	40,65	
<i>Uso do preservativo</i>					p=0,000
Sim	66,00	35,48	120,00	64,51	
Não	123,00	66,84	61,00	33,15	
<i>Aferição de glicemia</i>					p=0,000
Sim	114,00	58,16	82,00	41,83	
Não	75,00	43,10	99,00	56,89	
<i>Sono</i>					p=0,000
O suficiente	101,00	58,72	71,00	41,27	
Mais que o suficiente	26,00	29,88	61,00	70,11	
Menos que o suficiente	62,00	55,85	49,00	44,14	
<i>Média de 3 amigos</i>					p=0,000
Até a média	157,00	68,85	32,00	22,53	
Acima da média	71,00	31,14	110,00	77,46	
<i>HAS^s</i>					
Sim	43,00	40,18	64,00	59,81	p=0,001
Não	146,00	55,51	117,00	44,48	
<i>DM^l</i>					p=0,050
Sim	16,00	41,02	23,00	58,97	
Não	173,00	52,26	158,00	47,73	
<i>Visitas a unidades de saúde</i>					p=0,002
Sim	123,00	46,06	144,00	53,93	
Não	66,00	64,07	37,00	35,92	

Fonte: elaboração própria.

*N = Frequência Simples; †% = Frequência Relativa; ‡SM = Salário Mínimo; §HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; ¶DM = Diabetes Mellitus

Na Tabela 2, a seguir, foram descritas as prevalências dos TMC, de acordo com apoio social mensurado. Quando se analisa o apoio social e sua associação com TMC, a partir da distribuição das prevalências encontradas pela mediana, observa-se maioria de homens que referenciaram menor apoio social (28,04%, $p < 0,0001$). A maioria se mantém ao analisar-se a distribuição por tercís, ao prevalecer o baixo apoio (25,77, $p = 0,036$).

Tabela 2 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e relação com apoio social, pela mediana e por tercís, entre homens, de Bananal, SP, Brasil, 2019

Apoio social	N*	n†	%‡	Valor de p
Mediana				<0,0001
Baixo	18	5	28,0	
	9	3	4	
Alto	18	2	11,6	
	1	1	0	
Tercís				0,036
Baixo	97	2	25,7	
		5	7	
Médio	17	3	21,4	
	7	8	6	
Alto	96	1	11,4	
		1	5	

Fonte: elaboração própria.

N = Total da Linha; †n = Total de Suspeitos; ‡% = Prevalência

Após regressão logística binária (tabela 3) e teste de modelos estatísticos, levando em conta o baixo apoio social, foi constatado que havia cerca de duas vezes mais chances entre aqueles que moram sozinhos (RP = 1,77, IC₉₅ 1,03-3,03), três vezes mais chances entre quem não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) (RP = 2,73, IC₉₅ 1,65- 4,51) e entre os suspeitos de TMC (RP = 3,06, IC₉₅ 1,20-4,44), cerca de quatro vezes mais risco entre aqueles com poucos amigos (menos que 3) (RP= 4,25 IC₉₅ 3,66 -10,67). Ser branco foi fator de proteção de 50% para baixo apoio.

Tabela 3 – Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla binária, entre homens, de cidade no interior do estado de São Paulo – SP / N=370.

VARIÁVEIS	Valor de p	RP	IC95%
------------------	------------	----	-------

<i>Consumo de drogas</i>	0,001	2,9	1,517-
		1	5,611
<i>Fumar</i>	0,000	2,2	1,244-
		4	4,067
<i>Realizar PIC</i>	0,001	2,3	1,201-
		1	4,448
<i>Sono insuficiente</i>	0,000	3,3	1,866-
		1	5,882

Fonte: elaboração própria.

P = Teste do qui-quadrado de Pearson; RP = Razão de prevalência; IC95% = Intervalo de confiança de 95%.

Há diversos fatores de risco apontados em literatura para o desenvolvimento desses transtornos: a percepção de rede de apoio ausente, características sociodemográficas, ocupacionais e relativas à saúde orgânica, eventos de vida produtores de estresse, sexo, ausência de atividade física, entre outras⁽²⁵⁻³⁰⁾.

4 Discussão

Ao utilizar-se o modelo para mensuração com os pontos de corte adotados pela escala MOS-SSS, os escores da escala de apoio social utilizada indicaram apoio social global moderado entre o grupo de homens estudado, ao levarem-se em consideração as quatro dimensões analisadas⁽²³⁾. Em semelhança, estudo que utilizou a mesma escala e pontos de corte, com população rural constatou o alto apoio social entre homens⁽³¹⁾. Em outra amostra, com predomínio de homens trabalhadores de empresa de petróleo observou-se alto apoio social, quando analisados em seus contextos de vida e de trabalho⁽³²⁾.

No que concerne às dimensões do apoio social, observou-se que afetiva e interação social positiva apresentaram menores escores. O resultado foi semelhante ao de estudo realizado em ambulatório de feridas de município urbano do Paraná, em que se observaram nos homens, menores escores nas dimensões apoio afetivo e interação positiva⁽³³⁾. Em outra amostra com 672 homens de distrito urbano pobre do município de Duque de Caxias – RJ foi encontrado maior quantitativo de homens com baixo apoio social, nas dimensões apoio emocional/informação e na dimensão material⁽³⁴⁾.

Observou-se também associação entre idade abaixo da média do grupo e baixo apoio social. Esse achado reforça outros estudos, em que observou-se associações entre idade abaixo da média do grupo e baixo apoio social⁽¹³⁾. Esse resultado contrapõe estudo que constatou que pessoas com idades mais elevadas possuem menor percepção do apoio recebido quando comparado aos mais jovens⁽²³⁾.

Com relação ao estrato socioeconômico, foi observada associação entre renda abaixo da média do grupo e baixo apoio social. Associação semelhante é encontrada em dois outros estudos, sendo um colombiano com homens de diferentes camadas sociais, em que piores condições em redes sociais de apoio e a menor percepção do suporte, sobretudo na dimensão do apoio material foram observadas em menores patamares de renda⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Com relação às redes de relacionamentos existentes, observou-se maior apoio social entre homens com filhos. Essa observação havia sido reforçada por estudo que relata que aqueles que se tornam pais, parecem perceber maior auxílio material e financeiro de sua rede de apoio e que o suporte social, nesse contexto, pode ser compreendido como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva ao contexto familiar e pode ser pensado como agente de proteção frente a diversos riscos⁽³⁶⁾.

Em uma pesquisa, percebeu-se que grande parte dos homens é influenciado pelo seu contexto familiar e pela presença de filhos, passam a procurar com maior frequência o serviço de saúde⁽³⁷⁾. Observa-se que a sua rede social de apoio é a família, fator chave no enfrentamento das questões cotidianas e no tratamento de questões como a ansiedade.

Houve destaque nesta pesquisa para a maior probabilidade do baixo apoio social entre aqueles que moram sozinhos e entre os que têm poucos amigos. Percebe-se que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar dos seres humanos. A família e as redes de amizades são sistemas permeados por relações interpessoais, como esposa e marido, pais e filhos, irmãos e irmãs, avós e netos, além de outros arranjos existentes, muitas vezes, fora dos padrões tradicionais. Corrobora-se a função de proteção desses atores, que fomenta a qualidade de vida e a saúde das pessoas⁽³⁸⁾.

Com relação à cor da pele, observou-se que ser branco constitui-se como fator de proteção para o baixo apoio. Não foram encontrados estudos que deixassem claras relações entre o apoio social e a cor autorreferida dos sujeitos. Cabe ressaltar que o Brasil é predominantemente constituído por autodeclarados negros e pardos. Nesse tocante, faz-se necessário que as análises das relações raciais sejam feitas de modo a compreender os processos desiguais e de que forma eles se distribuem na sociedade, visando a tentar compreendê-los, numa perspectiva de combate às desigualdades⁽³⁹⁾.

Ao analisar-se apoio social e escolaridade, é possível estabelecer relação entre ter menor escolaridade e baixo grau de apoio social entre os homens sujeitos de pesquisa e esse fato também foi observado em amostra de estudo de homens pacientes com HIV/AIDS de Gana⁽⁴⁰⁾. O fato de possuir mais anos de estudo pode proporcionar maior contato com outras

peessoas e contextos o que pode reforçar os relacionamentos existentes entre esses indivíduos e suas comunidades.

Menor apoio social foi encontrado entre aqueles que não se previnem contra IST. Ao investigar os motivos registrados para o não uso da camisinha na última relação sexual, percebe-se a influência de elementos como a cultura, o envolvimento afetivo, o fortalecimento das relações sociais, acreditando que a rede de apoio social existente influencia nos comportamentos de busca por autocuidado pelos membros do grupo⁽⁴¹⁾.

Foi encontrada correlação entre a percepção de alto apoio social e relatar dormir mais que o suficiente. Essa relação não havia sido encontrada em nenhum dos estudos encontrados acerca de apoio social.

Observou-se nos resultados que ter hipertensão e diabetes estiveram relacionados à maior apoio social em quem havia realizado exame de glicemia capilar. Revisão sistemática de literatura norte americana constatou que receber apoio pode estar relacionado à melhor controle glicêmico e bem-estar psicossocial de pacientes diagnosticados com diabetes⁽⁴²⁾. O mesmo pode ocorrer nos grupos de acompanhamento de outras doenças crônicas como a hipertensão. Em estudo com homens com câncer da Colômbia foi observado alto apoio social, assim como em pesquisa com homens soropositivos de Gana^(35,40). Isso também pôde ser verificado em pesquisa com pacientes oncológicos, em que se observou que os homens manifestaram ter maior apoio material e emocional, acesso à informação e interação social positiva, quando comparados aos grupos de mulheres⁽⁴³⁾.

Essa percepção, de maior apoio social entre sujeitos que se encontram em processo de adoecimento é reafirmada por diversos estudos encontrados. O que pode indicar tal acontecimento ser gerador de maior solidariedade das pessoas do entorno comunitário e protetores desses indivíduos, que se encontram fragilizados pelos processos patológicos^(33,40,43-45).

A disponibilidade de apoio social é hoje aceita como um fator capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para acreditar que o apoio decorrente das relações sociais contribui, para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo ação mediadora relativamente aos efeitos das doenças e de questões de saúde física e mental⁽⁵⁾.

Aqueles que relataram não ir a unidades de saúde do município em questão perceberam apoio social abaixo da média, quando comparados aos que haviam ido a algum atendimento. Com acesso aos serviços de saúde concretiza-se mais aproximação e construção

de vínculo entre profissionais e usuários do serviço, compreensão por parte do profissional da necessidade do indivíduo como ser integral e centro da atenção, o que proporciona construção de relações positivas, qualidade de vida e saúde⁽⁴⁶⁾.

Com relação aos aspectos relacionados ao apoio mensurado e os TMC, percebeu-se que o baixo apoio social esteve estatisticamente associado à suspeição da prevalência desses transtornos, de acordo com os escores adotados, fato também observado em estudo com usuários da atenção primária, em que se estabeleceu padrão relacional entre os transtornos em questão e o baixo apoio mensurado⁽¹³⁾.

O mesmo resultado, de baixo apoio e associação com TMC também havia sido relatado em estudo realizado no México, com pacientes portadores do diabetes do tipo 2. Em estudo com trabalhadores de Unidade de Atenção Básica de cinco municípios da Bahia, observou-se maior magnitude no grupo de exposição combinada, TMC e baixo apoio social, reforçando os achados encontrados neste estudo⁽⁴⁷⁾.

Sendo assim, reforça-se a possibilidade de associação entre apoio social e TMC, com sinergia dos efeitos deletérios que o baixo apoio pode trazer para a saúde mental dos indivíduos analisados. Aponta-se relevância das associações aqui encontradas e torna-se pertinente considerar a intervenção em pelo menos algum dos fatores aqui investigados.

Ao analisarem-se os estudos encontrados, observa-se apoio social elevado entre os grupos de homens, independente do contexto de vida, principalmente quando comparados a grupos de mulheres. Na maioria dos estudos na área de saúde, o estudo do gênero masculino não é muito estudado, principalmente quando comparado ao feminino. Revela-se que os diversos estudos têm sido realizados com amostras de mulheres⁽¹⁹⁾.

Sobre as limitações deste estudo, por ser de desenho seccional possui limite quanto à temporalidade, pois não se pode afirmar que o apoio social mensurado é causa ou consequência das outras variáveis investigadas.

5 Conclusão

Ao analisarem-se resultados, constatou-se moderada percepção do apoio social de acordo com a escala utilizada e foi percebida associação estatística entre quinze características ligadas aos determinantes de saúde e ao apoio social mensurado (idade, renda, filhos, cor, escolaridade, situação conjugal, etilismo, uso do preservativo, aferição da glicemia capilar, sono, número médio de amigos, hipertensão, diabetes, TMC e acesso às unidades de saúde).

Após regressão logística binária, observaram-se maiores chances para o baixo apoio social entre os que moram sozinhos, não previnem IST e entre os suspeitos de TMC. Percebeu-se que ser branco foi fator de proteção para o baixo apoio.

Em perspectiva comparada, percebeu-se que tanto estudos nacionais como internacionais a respeito do suporte social utilizam diferentes métodos para mensuração do apoio e que os grupos estudados envolvem portadores de doenças crônica ou infecciosas, em contextos socioeconômicos, culturais e de vida distintos. A exceção de estudo com pacientes com câncer de próstata, nenhum dos estudos encontrados possuía amostras exclusivamente formadas por homens.

Faz-se importante a construção de novos estudos acerca da relação entre apoio social e os determinantes de saúde existentes, sobretudo em populações de homens, ainda pouco estudadas.

Referências

1. Fonseca ISS, Moura SB. Social support, health and work: a brief review. *Psicol. Am. Lat.* [Internet]. 2008, 15:0-0. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso>.
2. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. *Seven European Countries.* [Internet]. 2013; 8(1):e54856. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>.
3. Neri AL, Vieira LAM. Social involvement and perceived social support in old age. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2013; 16(3):419-432. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>.
4. Marques CA, Stefanello, B, Mendonça, CN, Furlanetto, LM, et al. Association of depression, levels of pain and lack of social support in patients admitted to general medical wards. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2013; 62(1):1-7. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100001>.
5. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini, CA. Social support assessment in Brazilian studies: conceptual aspects and measures. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011; 16(1):1755-1769. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>.
6. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. The Social Support Scale (MOS-SSS): Standardizing with Item References. *Temas em Psicologia.* [Internet]. 2018; 26(1):387-399. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>.

7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil. Nosso povo. Indicadores e características da população [Internet]. 2017 [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em:
<<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/95-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo.html?Itemid=101> >.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. [Internet]. 2018. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em:
<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf> >.
9. Santana A. Território e saúde mental em tempos de crise. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015. 174p.
10. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006; 22(8):1639-48. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>.
11. Carneiro FF, Pessoa VM, Arruda CAM, Folgado CARR, Soares RAS, Kirsch RK, et al. Webs of an Observatory monitoring health of peasants, river dwellers and forest populations in Brazil *Tempus. Actas Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014; 8(2):275-93. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1524>.
12. Garnelo L. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018; 42(1):6-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.
13. Aragão EIS, Campos MR, Portugal FB, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Social Support patterns in Primary Health Care: differences between having physical diseases or mental disorders. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017; 22(7):2339-50. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>.
14. Torres MA, Abacaxi JA. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *Terapia psicológica*. [Internet]. 2010; 28(1):45-53. [acesso 17 Fev. 2021].
15. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Characteristics of social support offered rural elderly persons assisted by PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2006;11(3):753-764. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300023>.
16. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saúde Soc*. [Internet]. 2017;26(3):676-689. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.

17. Cirilo M Neto, Dimenstein M. Mental Health in Rural Settings: Analyzing the Psychosocial Work. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [Internet]. 2017;37(2):461-474. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>.
18. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2017; 51:01-08. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016033103225>.
19. Carlotto MS, Barcinski M, Fonseca R. Common mental disorders and its association with sociodemographic variables and occupational stressors: a gender analysis. *Estudos e pesquisas em psicologia*. [Internet]. 2015; 15(3):1006-1026. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300013&lng=pt&nrm=iso >.
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 dez 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>.
21. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J. Chron Dis*. [Internet]. 1986; 39: 371-8. doi: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(86\)90123-2](https://doi.org/10.1016/0021-9681(86)90123-2).
22. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Internet]. 2003; 38(9):485-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0658-8>.
23. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the *Medical Outcomes Study's* social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2005; 21(3):703-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.
24. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
25. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2006; 40(6):1035-41. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n6/1035-1041/pt> >.
26. Santos AMVS, Almeida Lima CBM, Costa RFM; Brito MFSF. Common mental disorders: prevalence and associated factors among community health agents. *Cad. Saúde Colet*. [Internet]. 2017; 25(2):160-168. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020031>.
27. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2003; 19(6):1713-1720. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600015>.

28. Braga LC, Carvalho L R, Binder MCP. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2010; 15:1585-1596. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.
29. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program. *J. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2011; 1:1-12. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300012>.
30. Rocha, S.V, Almeida MMG, Araújo TM, Júnior JSV. Physical activity in leisure and common mental disorders among elderly residents in a town of northwest Brazil. *J Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2011; 60(2):80-85. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000200002>.
31. Nepomuceno BB, Ximenes VM. Apoio social, saúde mental e gênero: um estudo em contextos de pobreza rural. *Encontros universitários da UFC*. [Internet]. 2017. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/26914/56013> >.
32. Fonseca ISS, Araújo TM, Bernardes KO, Amado N. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. *Psicologia para América Latina*. [Internet]. 2013; (25): 43-56. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2013000200004&lng=pt&tlng=pt>.
33. Mariano JO, Moreira RC, Araújo LO, Hatisuka MFB, Silva ES, Melo SCCS. Apoio social percebido por pessoas com úlceras de perna atendidas em um projeto de extensão. *Revista Conexão UEPG*. [Internet]. 2018; 14(2):264-271. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.14.i2.0015>.
34. França-Santos D, Oliveira AJ, Salles-Costa R, Lopes CS, Sichieri R. Gender and age differences in social support and body mass index in adults in Greater Metropolitan Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2017; 33(5):1-12. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00152815>.
35. Fontibón LF, Hernández A, Lorena VJ, Juliet VJ, Jiménez V, Sánchez SPR. Association Between Sociodemographic, Clinical Variables and Quality of Life with Social Support Perceived in Colombian Patients with Cancer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. [Internet]. 2015; 33(3): 387-395. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3225>.
36. Martins E. Família em situação de risco e rede social de apoio: um estudo em comunidade de periferia metropolitana. *Revista ambiente e educação*. [Internet]. 2011; 4(1):60-71. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_educacao/pdf/volume_4_1/educacao_01_60_71.pdf>.

37. Farias GMN, Cavalcante LFD, Pinto JR, Matos MM, Lima LF, Caldas MEA, et al. Family as Social Support Networks for Men with Mellitus Diabetes. *Atas CIAIQ* [Internet]. 2018; 2:407-413. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1802/1755> >.
38. Inouye K. Relations between social vulnerability and perceptions of family Support and quality of life among elderly people. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [Internet]. 2010; 23(3):582-592. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>.
39. Domingues BRC. Black in the university, white in the fieldwork: reflections about representation and racial inequality in the academy. *Cadernos de campo USP*. [Internet]. 2018; 27(1):296-309. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v27i1p295-309>.
40. Abrefa-Gyan T, Cornelius LJ, Okundaye J. Socio-Demographic Factors, Social Support, Quality of Life, and HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. [Internet]. 2015; 13(2):1-11. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/23761407.2015.1018033>.
41. Nascimento EGC, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adherence to condom use: the real behavior in the Northeast of Brazil. *Rev. Salud Pública*. [Internet]. 2017; 19 (1):39-44. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>.
42. Al-Dwaikat TN, Hall LA. Systematic Review and Critical Analysis of Measures of Social Support Used in Studies of Persons With Diabetes. Springer Publishing Company. [Internet]. 2017; 1;25(2):74-107. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.25.2.E74>.
43. Trindade CRP, Hahn GV. Social care for oncologic patient based on the medical outcomes study scale. *Rev. Enferm. UFSM*. [Internet]. 2016; 6(1):112-122. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218770>.
44. Reis FF, Carvalho AAS, Santos CSB, Rodrigues VMCP. Perceptions of the social support for colostomized men in northern Portugal. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2014; 18(4): 570-577. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140081>.
45. Queenan J.A, Feldman-Stewart D, Brundage, M, Groome PA. Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*. [Internet]. 2010; 19:251–259. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01029.x>.
46. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Welcoming services: triage or strategy for universal health access? *Rev. Min. Enferm*. [Internet]. 2014; 18(4): 815-822. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>.
47. Mattos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. *Rev. Saúde Pública USP*. [Internet].

2017; 51(48): 1-9. [acesso 17 Fev. 2021]. doi:
<https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006446>.