UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAQUELINE LEMOS DE OLIVEIRA

O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2023

JAQUELINE LEMOS DE OLIVEIRA

O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo

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

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Jacqueline de Souza

RIBEIRÃO PRETO

2023

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

Oliveira, Jaqueline Lemos de
O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2023.
119 p. : il. ; 30 cm

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

1. Mulheres. 2. Promoção da Saúde. 3.Vulnerabilidade Social. 4.Saúde Mental.

OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de

O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo

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

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

APRESENTAÇÃO

Pelo que me lembro da minha infância sempre que alguém me fazia a tão fatídica pergunta “o que quer ser quando crescer” me imaginava ofertando cuidado, talvez por essa responsabilidade já estar imbricada nas funções que uma mulher tem que desempenhar, mesmo logo em tenra idade.

Quando em 2013 ingressei no curso de bacharel e licenciatura em enfermagem a concepção de cuidado na minha cabeça se limitava ao cuidado da saúde física, sendo, portanto, a saúde mental uma grande descoberta. Já no primeiro ano me deparei com a complexidade do ser “biopsicossocial” e foi na disciplina de Cuidado Integral à Saúde I que descobri que saúde é muito mais que ausência de doença. Nessa disciplina, que tive como supervisora a Profa. Dra. Jacqueline de Souza, a qual me acompanha até hoje na minha trajetória acadêmica, aprendi que a escuta, por vezes, vale mais que muita medicação. E, pensando agora, foram nas visitas domiciliares realizadas nessa disciplina minhas primeiras experiências em relação ao construto necessidades psicossociais.

Minha caminhada como pesquisadora começou ainda em 2013, quando ingressei na iniciação científica, única e exclusivamente com o objetivo de entregar o trabalho de conclusão de curso. Procurei a Profa. Dra. Jacqueline para me inserir em algum projeto e ela sabendo da minha atuação profissional (na época como técnica administrativa na prefeitura do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) sugeriu que elaborássemos um projeto específico para que eu pudesse desenvolver no meu ambiente de trabalho. Esse foi o início da minha carreira como pesquisadora em saúde mental, desenvolvemos um projeto para estudar a percepção dos trabalhadores da manutenção em relação ao apoio social e o consumo de álcool. Foi uma jornada desafiadora e um caminho de muito aprendizado sendo que os frutos desse trabalho foram publicados em dois artigos: Fatores associados ao consumo de álcool entre trabalhadores públicos da manutenção e Fatores associados à percepção de apoio social entre funcionários públicos da manutenção.

Durante esse percurso tive a oportunidade de participar do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEEPSM) e estudar sobre os temas que o grupo desenvolve como consumo de álcool e drogas, apoio social e a Promoção da Saúde Mental. Dentre as atividades do grupo a participação em pesquisas e a elaboração de artigos me oportunizaram a troca de experiências com alunos e docentes que contribuíram para a construção e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades importantes para minha

formação profissional e pessoal, além disso, como resultado desses trabalhos, algumas publicações.

Adicionalmente, o grupo possibilitou minha participação em um projeto de pesquisa e extensão que utilizou a técnica do *Body Mapping* para a Promoção da Saúde Mental (PSM) de mulheres em situação de vulnerabilidade. Me interessei bastante por essa técnica pois ela utiliza de elementos do corpo para trazer reflexão para as participantes sobre sua vida e foram observados resultados importantes para a saúde mental de tais mulheres. Concomitante, nos últimos anos da graduação realizamos uma visita pela disciplina de Gestão da Atenção Básica no Assentamento Mario Lago e essa visita me despertou para as possibilidades de compartilhar com aquela população os conhecimentos que estava construindo e quem sabe promover algum benefício para a saúde mental daquela população. Com isso, pensamos em um projeto de PSM para as mulheres do assentamento que utilizaria a técnica do *Body Mapping*, inicialmente pensada para uma coleta de dados presencial, individual e com grupo controle, visto que os trabalhos anteriores desenvolvidos pelo GEEPSM identificaram esses fatores como promissores para melhores resultados.

Assim, em 2019, ingressei no Doutorado Direto do Programa de Enfermagem Psiquiátrica com o projeto: O efeito de uma atividade de Promoção de Saúde Mental utilizando a técnica *Body Mapping* nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Iniciei a coleta de dados em janeiro de 2020, no entanto, devido a pandemia por COVID-19 necessitei interrompe-la. Até março de 2020 havia entrevistado 53 mulheres, reunindo as informações sociodemográficas e psicossociais, contudo, ainda não tinha iniciado a atividade de PSM. Assim, esta tese descreverá as etapas percorridas para o desenvolvimento de um programa de PSM adaptado às condições sanitárias vigentes e à realidade das participantes. Além disso, pretende-se explicitar os resultados obtidos a partir da implementação do programa. Boa leitura.

DEDICATÓRIA

Ao meu amado esposo Evandro, e não podia ser diferente uma vez que, minha trajetória na enfermagem é um fruto da nossa caminhada. Obrigada por nesses 11 anos ser também meu melhor amigo, meu confidente, meu parceiro e meu incentivador. Obrigada por toda a paciência, pelo carinho, pela compreensão e por ter acreditado em mim, mesmo quando eu não acreditava. Obrigada por ser meu alicerce nessa jornada de desafios e conquistas. Você é a minha melhor escolha.

AGRADECIMENTOS

Finalizando este trabalho e pensando em agradecimentos minhas lembranças vão longe na minha linha do tempo. Como agradecer tantas pessoas que passaram pela minha vida e que de alguma forma (positiva ou não) me ajudaram a construir o meu ser e que, hoje, voltando e pensando nelas, ainda me ensinam...seria impossível listar todas.
Mas claro que primeiramente não posso deixar de agradecer à minha mãe Dorotéia, pai Josmar e irmão Pedro que me permitiram sonhar o meu sonho ao me ensinarem a perseverança, a honestidade, a resiliência, a persistência, o respeito ao próximo, o cuidado, e me presentearam com o bem mais caro na vida de uma pessoa que é o de acreditar, acreditar em algo, alguém.... Acreditar nessa força inexplicável que vem do Divino e que não cabe nomenclatura, porque ele/ela é onipresente, onisciente e nos faz ter esperança e fé em um mundo melhor para todos e todas, sem discriminação de raça, gênero, classe social, opção sexual, é só amor e compaixão, valores que espero sempre levar para a minha vida nas minhas relações e vivências.
Às minhas avós Ana e Joelizia que ensinaram o amor mais puro que existe e que são exemplos de resiliência e superação.
Nesse percurso acadêmico, que se iniciou na graduação, agradeço aos amigos que fiz e que me ajudaram a enfrentar os desafios sendo minha rede de apoio, muitos deles ficaram e outros, apesar da rotina não permitir constância, sei que posso contar sempre, Jéssica, Jossane, Leonardo, Letícia Rosolem, Letícia Yamawaka, Juliana, Emerson, Geissa e Tatiane. Ademais, às pessoas especiais que o trabalho colocou na minha vida e agradeço a existência todos os dias, por serem meu escape da realidade nos momentos de lazer Aline, Fernando e Kátia.
No trabalho, agradeço imensamente aos meus colegas e chefia, que me deram suporte, foram compreensivos, flexíveis e incentivadores: Lívia, Marco, André, Vânia, Ricardo Flávio e Verônica.
Agradeço a todos os membros do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela construção de conhecimentos que me oportunizaram, e aqui faço serem representados pela minha amiga Janaína Pasquini que tem sido um suporte essencial nessa jornada.
Em especial agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Jacqueline de Souza a quem admiro e respeito profundamente como profissional e pessoa. Obrigada por toda paciência, incentivo, aprendizado e por me oportunizar tudo que tenho vivido nesses quase 10 anos de convivência.
Por fim agradeço às mulheres que participaram e contribuíram com suas experiências na construção deste trabalho. Além disso, agradeço aos trabalhadores da Unidade de Saúde do Assentamento que foram sempre muito solícitos e atenciosos às minhas necessidades.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

EPÍGRAFE

...
E o homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar

Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
...
(Francisco, el Hombre, 2016)

RESUMO

OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de. **O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo.** Ribeirão Preto, 2023. 119 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A promoção da saúde mental visa aumentar os recursos internos, o repertório de habilidades sociais e auxiliar as pessoas no manejo das adversidades ou eventos estressantes das diferentes esferas do cotidiano. A priorização de pessoas em situação de vulnerabilidade, também nessas ações, é uma recomendação mundial vigente. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo desenvolver um programa de promoção da saúde mental e aplicá-lo, na modalidade piloto, junto a mulheres de um assentamento rural atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde de um município do interior do estado de São Paulo. O percurso metodológico foi delineado em três etapas, que compuseram três tipos de estudo: um longitudinal (n=13), empreendido antes do desenvolvimento do programa; uma revisão integrativa, que subsidiou tal desenvolvimento; e um estudo prospectivo do tipo pré e pós teste (n=23), que avaliou o programa. No estudo longitudinal, a coleta de dados foi realizada em quatro momentos distintos, compreendendo, inclusive, as fases pré e pós pandemia. Já com relação ao estudo prospectivo, a coleta de dados foi realizada em três momentos: antes, uma semana depois, e um mês após a implementação do programa. Foram considerados os seguintes indicadores psicossociais: qualidade de vida, apoio social, autoeficácia e sintomas de transtornos mentais comuns. Os dados foram analisados utilizando análises descritivas e testes pertinentes a cada etapa e conjunto de dados. Os resultados sugerem que o programa foi promissor com relação aos seus objetivos. Houve redução da prevalência dos sintomas emocionais, sobretudo aqueles relacionados às questões somáticas, além da melhoria da percepção do domínio físico da qualidade de vida. Entende-se que esses resultados, aliados às avaliações positivas das mulheres, ressaltam o potencial de possibilitar o aumento, a identificação e/ou o fortalecimento dos recursos internos próprios para o enfrentamento das adversidades vividas no cotidiano. Nesse sentido, o programa pode ser considerado uma possibilidade estratégica que contribui para a ampliação do rol de opções terapêuticas não-farmacológicas para os profissionais da atenção primária à saúde.

Palavras chave: Mulheres, Promoção da Saúde, Vulnerabilidade Social, Saúde Mental.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de. **The effect of a mental health promotion activity on the psychosocial indicators of socially vulnerable women in a city in the interior of the state of São Paulo.** Ribeirão Preto, 2023. 119 p. Thesis (Doctorate) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The promotion of mental health aims to increase internal resources, the repertoire of social skills and help people in the management of adversities or stressful events in different spheres of daily life. The prioritization of people in vulnerable situations, also in these actions, is a current worldwide recommendation. In this sense, the present study aimed to develop a mental health promotion program and apply it, in the pilot mode, with women from a rural settlement assisted at a primary health care unit in a city in the interior of the state of São Paulo. The methodological course was outlined in three stages, which comprised three types of study: one longitudinal (n=13), undertaken before the development of the program; an integrative review, which supported such development; and a prospective pre- and post-test study (n=23), which evaluated the program. In the longitudinal study, data collection was carried out at four different times, including the pre- and post-pandemic phases. Regarding the prospective study, data collection was carried out in three moments: before, one week after, and one month after the implementation of the program. The following psychosocial indicators were considered: quality of life, social support, self-efficacy and symptoms of common mental disorders. Data were analyzed using descriptive analysis and tests relevant to each step and data set. The results suggest that the program was promising in relation to its objectives. There was a reduction in the prevalence of emotional symptoms, especially those related to somatic issues, in addition to an improvement in the perception of the physical domain of quality of life. It is understood that these results, combined with the women's positive evaluations, highlight the potential to enable the increase, identification and/or strengthening of internal resources for coping with the adversities experienced in everyday life. In this sense, the program can be considered a strategic possibility that contributes to expanding the list of non-pharmacological therapeutic options for primary health care professionals.

Keywords: Women, Health Promotion, Social Vulnerability, Mental Health.

RESUMEN

OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de. **El efecto de una actividad de promoción de la salud mental en los indicadores psicosociales de mujeres socialmente vulnerables en una ciudad del interior del estado de São Paulo.** Ribeirão Preto, 2023. 119 p. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

La promoción de la salud mental tiene como finalidad aumentar los recursos internos, el repertorio de habilidades sociales y ayudar a las personas en el manejo de las adversidades o eventos estresantes en las diferentes esferas de la vida diaria. La priorización de las personas en situación de vulnerabilidad, también en estas acciones, es una recomendación vigente a nivel mundial. En este sentido, el objetivo de este estudio es desarrollar un programa de promoción de la salud mental y aplicarlo, en modalidad piloto, con mujeres de un asentamiento rural atendidas en una unidad básica de salud en una ciudad del interior del estado de São Paulo. La ruta metodológica se trazó en tres etapas, que conformaron tres tipos de estudio: uno longitudinal (n=13), realizado antes del desarrollo del programa; una revisión integradora, que apoyó tal desarrollo; y un estudio prospectivo pre y post test (n=23), que evaluó el programa. En el estudio longitudinal, la recolección de datos se llevó a cabo en cuatro momentos diferentes, incluidas las fases previa y posterior a la pandemia. En cuanto al estudio prospectivo, la recolección de datos se realizó en tres momentos: antes, una semana después y un mes después de la implementación del programa. Se consideraron los siguientes indicadores psicosociales: calidad de vida, apoyo social, autoeficacia y síntomas de trastornos mentales comunes. Los datos se analizaron mediante análisis descriptivos y pruebas relevantes para cada paso y conjunto de datos. Los resultados sugieren que el programa fue prometedor en relación con sus objetivos. Hubo una reducción en la prevalencia de síntomas emocionales, especialmente aquellos relacionados con problemas somáticos, además de una mejora en la percepción del dominio físico de la calidad de vida. Se entiende que estos resultados, combinados con las valoraciones positivas de las mujeres, resaltan el potencial para viabilizar el aumento, la identificación y/o el fortalecimiento de recursos internos para el enfrentamiento de las adversidades vividas en el cotidiano. En este sentido, el programa puede considerarse una posibilidad estratégica que contribuye a ampliar la lista de opciones terapéuticas no farmacológicas para los profesionales de atención primaria de salud.

Palabras claves: Mujeres, Promoción de la Salud, Vulnerabilidad Social, Salud Mental.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Questões norteadoras para a avaliação do processo e resultado da implementação do programa. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021.

Tabela 2 – Distribuição das participantes de acordo com as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=13).

Tabela 3 - Análise da ANOVA com médias e teste de Tukey. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=13).

Tabela 4 - Características das intervenções dos estudos selecionados*. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=19).

Tabela 5 – Distribuição das participantes de acordo com as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

Tabela 6 - Escore indicativo de TMC e os fatores do SQR-20*. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

Tabela 7 – Comparação dos escores iniciais dos domínios da QV, do apoio social e da autoeficácia entre as participantes do grupo 1 e 2. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

Tabela 8 – Resultados obtidos a partir do Friedman Test nos três momentos de avaliação. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=23).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de constituição das amostras. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=53)

Figura 2 – Detalhamento dos momentos da coleta de dados do estudo longitudinal, quantificação da amostra e fases da pandemia. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=13).

Figura 3 - Distribuição das participantes em função dos indicadores psicossociais analisados. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021.(n=13).

Figura 4 - Fluxograma PRISMA dos artigos selecionados (adaptado de Page *et al.*, 2021). Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=19).

Figura 5 - Fluxograma da categorização dos artigos. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=19).

Figura 6 – Sintomas de TMC mais prevalentes entre as mulheres que completaram o programa, medidas de linha de base e *follow-up* 2. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=23).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
EFC	Entrevista de Formulação Cultural
GEEPSM	Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSM	Promoção da Saúde Mental
QV	Qualidade de Vida
RI	Revisão Integrativa
SPSS	*Statistical Package for the Social Science*
SRQ-20	Self Report Questionaire
SSQ	Questionário de Apoio Social de Sarason
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHOQOL-bref	Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

1.1 Saúde mental e a Atenção Primária à Saúde 19

1.2 Promoção da Saúde Mental: conceito e suas aplicações 20

1.3 As mulheres enquanto grupo prioritário nas agendas de saúde e proteção social 21

1.4 Ação de saúde mental entre mulheres vulneráveis - piloto 23

2. OBJETIVO 24

2.1 Justificativa 25

3. REFERENCIAL TEÓRICO 26

4. MATERIAL E MÉTODOS 31

4.1 Caracterização do estudo 32

4.2 Local e período do estudo 32

4.3 População e amostra 33

4.4 Os construtos utilizados 34

4.4.1 Os construtos que refletiam questões sobre o ambiente social das participantes 34

4.4.1.1 Qualidade de Vida 34

4.4.1.2 Apoio Social 35

4.4.1.3 Autoeficácia 35

4.4.2 O construto que refletiu as manifestações de sofrimento psiquiátrico das participantes 35

4.4.2.1 Transtornos Mentais Comuns 35

4.5 Coleta de dados 36

4.5.1 Contexto e períodos 36

4.5.2 Instrumentos de coleta de dados 37

4.5.2.1 Informações sociodemográficas 38

4.5.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada 38

4.5.2.3 Questionário de Apoio Social de Sarason 38

4.5.2.4 Escala de Autoeficácia Geral Percebida 38

4.5.2.5 Self Report Questionaire 39

4.6 Análise dos dados 39

4.7 Procedimentos para a Revisão Integrativa 41

4.8 Revisão de Escopo 43

4.9 Percurso metodológico para o desenvolvimento do programa de promoção da saúde mental 43

4.10 Aspectos éticos 47
5 RESULTADOS 48
5.1 As mulheres do estudo longitudinal 49
5.2 Possíveis impactos da pandemia de COVID-19 nas questões psicossociais 50
5.3 As evidências que se constituíram como base para o desenvolvimento do programa 54
5.3.1 Revisão integrativa: abordagens de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde 54
5.3.1.1 Aspectos gerais das abordagens avaliadas 54
5.3.1.2 Finalidade principal das abordagens avaliadas 56
5.3.1.3 Viabilidade técnica e operacional das abordagens avaliadas 64
5.3.1.4 Algumas considerações sobre a RI empreendida 64
5.3.2 Revisão de escopo: abordagens de saúde mental via telefone: 65
5.4 Descrição do programa e sua implementação 66
5.5 Implementação, avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental 67
5.5.1 Viabilidade do programa de promoção da saúde mental desenvolvido nesta tese 67
5.5.1.1. As participantes 67
5.5.1.2 As questões psicossociais das participantes 68
5.5.2 Efeito do programa de promoção da saúde mental 70
5.5.3 Avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental 72
5.5.3.1 Percepção das pesquisadoras 72
5.5.3.2 *Feedback* das participantes 73
5.5.3.2 Limitações do programa de promoção da saúde mental 75
6 DISCUSSÃO 76
6.1 As mulheres do estudo longitudinal e as especificidades relacionadas aos diferentes perfis psicossociais identificados 77
6.2 Possíveis impactos da pandemia de COVID-19 nas questões psicossociais 79
6.3 Implementação, avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental 82
6.3.1 Viabilidade do programa de promoção da saúde mental 82
6.3.2 Efeito do programa de promoção da saúde mental 83
6.3.3 Avaliação do programa de promoção da saúde mental 85
6.4 Limitações do estudo 86
7 CONCLUSÃO 87

REFERÊNCIAS 90
APÊNDICES 104
Apêndice A - Questionário sociodemográfico 105
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 107
ANEXOS 108
Anexo A - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - The World Health Organization Quality of Life 109
Anexo B – Questionário de Suporte Social 112
Anexo C - Escala de Autoeficácia Geral Percebida 115
Anexo D – Self Report Questionnaire 116
Anexo E – Aceite publicação artigo 117
Anexos F – Comitê de Ética e Pesquisa 118

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde mental e a Atenção Primária à Saúde

A saúde mental é concebida como a capacidade do indivíduo de administrar seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações e está diretamente relacionada à saúde geral (WHO, 2013).

A questão da lacuna entre a identificação e o tratamento da saúde mental, especialmente em países com poucos recursos, tem sido amplamente discutida na literatura (PATEL; PRINCE, 2010; BARON *et al.*, 2016; BURGESS, 2016). Nesta discussão a Atenção Primária à Saúde (APS) é destacada como o principal modelo para a ampliação do acesso a esse cuidado e seu fortalecimento tem sido defendida como uma das prioridades para a construção de políticas públicas efetivas a nível global (FLEDDERUS *et al.*, 2010; FERNANDEZ *et al.*, 2015; ENNS *et al.*, 2016).

A lógica de intervenções integradas e cuidados compartilhados com foco nas questões de saúde mental concomitantes a outras morbidades é um argumento importante para a inclusão das ações de saúde mental no cenário da APS, especialmente nos países de baixa e média renda (BURGESS, 2016). Isso porque, serviços essenciais ofertados neste *setting* abrangem o reconhecimento de manifestações de sofrimento mental, o manejo e ou encaminhamento aos serviços especializados quando necessário. Ademais, o cuidado integral às pessoas com condições crônicas de saúde que contemple as questões de saúde mental da população, são fatores que ampliam o alcance do tratamento e Promoção da Saúde Mental (PSM) (WENCESLAU; ORTEGA, 2015; ENGEL *et al.*, 2016).

Ademais, em relação à competência esperada na atenção à saúde mental nesses ambientes, destaca-se a responsabilidade de constituir-se como uma referência para a comunidade, possibilitando ações de saúde mental integradas aos programas de redução da pobreza (BURGESS, 2016). Os serviços da APS são, em geral, considerados acessíveis e bem aceitos pelas comunidades, o que favorece a continuidade do cuidado e permite que as pessoas que precisam destes cuidados não comprometam de maneira exacerbada seus vínculos familiares, de trabalho e de suporte social (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Além disso, a APS detém estratégias singulares que possibilitam desempenhar ações de promoção, educação, manutenção, prevenção e reabilitação em saúde, como por exemplo, o acolhimento, atenção às famílias, atividades grupais, intervenções domiciliares, utilização dos espaços públicos para promoção da cidadania e abordagens de redução de danos (SILVA *et al.*, 2016). Conta com equipes multidisciplinares, que articulam saberes, práticas e conhecimentos

com vistas a suprir as demandas e necessidades de saúde das pessoas, sendo o papel do enfermeiro essencial na efetivação deste cuidado (SILVA *et al.*, 2016).

1.2 Promoção da Saúde Mental: conceito e suas aplicações

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que a PSM consiste numa variedade de estratégias que visam um efeito positivo na saúde mental, ou seja, viabilizam um processo empoderador feito por, para e com pessoas para criar condições individuais, sociais e ambientais que permitam aprimorar o desenvolvimento psicológico e psicossocial, alcançar melhoria nos indicadores de saúde mental, da Qualidade de Vida (QV) e diminuição da lacuna de acesso aos recursos da saúde nos diferentes grupos populacionais (WHO, 2004; ENNS *et al.*, 2016).

Além disso, compreendem processos que visam aumentar, nos indivíduos e comunidades, as habilidades para controlarem sua própria vida, manejarem o estresse do cotidiano, trabalharem de forma produtiva, contribuírem para o bem da comunidade e empoderar-se (WHO, 2013; TAMMINEN *et al.*, 2016). Nesse sentido, é necessário que essas ações demonstrem respeito pela cultura dos indivíduos, empreguem estratégias que oportunizem o fortalecimento da resiliência, ampliem a percepção sobre as redes de apoio disponíveis e priorizem a dignidade pessoal, a justiça social, as interconexões e a equidade (FERNANDEZ *et al.*, 2015; ENNS *et al.*, 2016).

A promoção da saúde e a PSM devem ser consideradas complementares mas são conceitos distintos, visto que, a promoção da saúde em geral foca nas condições referentes ao estilo de vida (hábitos de vida saudáveis, redução do uso de substâncias, promoção de atividade física) e a PSM tem o propósito de aumentar os recursos internos e o repertório de habilidades sociais que auxiliem as pessoas no manejo necessário das adversidades ou eventos estressantes nas diferentes esferas do cotidiano (KALRA *et al.*, 2012; FERNANDEZ *et al.*, 2015; ENNS *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2019). Dessa maneira, mesmo considerando tal complementaridade, recomenda-se que ações exclusivas para a PSM sejam implementadas, uma vez que, as ações de saúde em geral podem não contemplar as questões de saúde mental, mas as abordagens de tais questões, em geral tendem a se refletir nos resultados gerais de saúde do indivíduo (KALRA *et al.*, 2012; FERNANDEZ *et al.*, 2015; ENNS *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2019).

Estudos sobre ações de PSM têm sido desenvolvidos em diferentes países (JONES, 2009; SABOURIN; VALLIS; AVERIE, 2011; STERN; SIN, 2012; SAMARTZIS *et al.*, 2013; KAAYA *et al.*, 2013; SCHULZ *et al.*, 2015; AHMED *et al.*, 2016; HIRANI *et al.*, 2018). Os

resultados têm sido positivos nas questões de planejamento e alcance de objetivos (HIRANI *et al.*, 2018), na percepção de rede de apoio social (BEEBE, 2007; TAMMINEN *et al.*, 2016), melhora na QV e saúde física (TAMMINEN *et al.*, 2016), além de melhorias nas condições médicas crônicas de saúde e na diminuição do consumo de substâncias (NAKAMURA *et al.*, 2015).

Foram observadas ainda melhorias nos fatores de proteção, como resiliência e empoderamento, além de propiciar a quebra de barreiras estruturais, melhores condições de moradia, redução na incidência de crimes, melhor desempenho educacional, maior produtividade dos trabalhadores, melhor relacionamento dentro das famílias e comunidades mais seguras (TAMMINEN *et al.*, 2016; HIRANI *et al.*, 2018).

1.3 As mulheres enquanto grupo prioritário nas agendas de saúde e proteção social

Embora a PSM tenha como foco a população em geral, a priorização das pessoas em situação de vulnerabilidade social é uma recomendação em vigor nas agendas nacionais e internacionais de saúde e assume ainda maior vulto no contexto atual de pandemia de COVID-19, tanto por apresentarem maior risco de adoecimento e morte quanto pelas repercussões sociais e de saúde inerentes a este processo (AYAZ *et al.*, 2020; BAENA-DÍEZ *et al.*, 2020; EGEDE; RUGGIERO; FRUEH, 2020; THE LANCET, 2020; WEINSTEIN *et al.*, 2021; WERNER *et al.*, 2020; CESTARI *et al.*, 2021; DANESHFAR *et al*, 2021).

O termo vulnerabilidade pode ser compreendido como a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde considerando os aspectos individuais, contextos coletivos nas quais estão inseridas e as possibilidades e recursos que possuem para seu enfrentamento (BERTOLOZZI *et al.*, 2009). É descrito como uma concepção multidimensional, relacional, dinâmica e estreitamente vinculada às propostas de inserção social, bem-estar e acessibilidade às estruturas de oportunidades (BERTOLOZZI *et al.*, 2009). Sua identificação envolve análise das condições socioeconômicas, de saúde, acesso aos dispositivos de saúde e proteção social bem como garantias legais e políticas e redes de relações sociais (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

Sob esta égide, considerando as pessoas adultas, as mulheres se destacam como um subgrupo importante, uma vez que, em geral, apresentam maior vulnerabilidade a alguns transtornos mentais em função da exposição à violência e à exploração nas relações, das influências hormonais, das experiências do ciclo de vida, do apoio social inadequado, dos fatores culturais, da discriminação de gênero e dos múltiplos papéis atribuídos diante de uma sociedade androcêntrica (HIRANI *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2019). Desse modo, a associação

entre a dependência emocional, a financeira e a falta de empoderamento limitam suas escolhas de vida, fatores que podem repercutir em piores resultados de saúde mental (KALRA *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2019). Esses aspectos corroboram o fato desse grupo ser considerado mais vulnerável em termos psicossociais, pois entende-se que tais aspectos contribuem para o aumento do sofrimento tanto psicológico quanto físico, resultando em maior risco de desenvolvimento de algumas doenças (SILVA, 2015; OLIVEIRA; FUMIS, 2018).

Diante o exposto, as mulheres constituem também um importante grupo a ser considerado em termos de políticas públicas, programas das áreas da saúde e proteção social específicos, sobretudo nos países de baixa e média renda (WENHAM; SMITH; MORGAN, 2020). Enfatiza-se também que são as principais usuárias dos serviços de APS em vários países do mundo (BRASIL, 2004; WENHAM; SMITH; MORGAN, 2020; ALMEIDA, M., *et al.*, 2020).

Nesse sentido, estudos recentes, que abordam a desigualdade de gênero e a pobreza como aspectos sobrepostos, têm considerado as especificidades de diferentes subgrupos de mulheres, a saber: gestantes; lactantes; vítimas de violência; e àquelas com alguma condição clínica ou morbidade (AYAZ *et al.*, 2020; ALMEIDA, M., *et al.*, 2020; DANESHFAR *et al*, 2021; GRECO *et al.*, 2021; HUNG *et al.*, 2021).

Dentre estes subgrupos, merecem ainda maior destaque, as mulheres que vivem em assentamentos rurais. Apesar de assentamentos consistirem na integração da população rural ao contexto de redistribuição fundiária e desempenharem um papel importante na sociedade, contribuindo para o desenvolvimento social e econômico, na geração de emprego e maior oferta de alimentos (SOUZA-ESQUERDO *et al.*, 2015), estudos apontam que os assentamentos, de um modo geral, são marcados por certa precariedade de infraestrutura como falta de estradas asfaltadas, pouco acesso à saúde, educação, saneamento básico e transporte (SOUZA-ESQUERDO *et al.*, 2015; MAIA; SIQUEIRA; ROZENDO, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018).

Supõe-se que essas condições afetam ainda mais as mulheres assentadas, uma vez que, o trabalho rural caracteriza-se por uma alta exigência em termos de trabalho braçal e isso associado às responsabilidades já impostas pela questão de gênero às mulheres como o cuidado da casa, dos filhos e dos doentes, resulta na sobrecarga potencializando os riscos de desenvolvimento de morbidades, sofrimento mental e repercussões de caráter somático nessas mulheres (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016).

Estudos realizados em assentamentos no Quênia e na Índia, no período pandêmico, reportaram o aumento do fardo da pobreza, discriminação, violência, sintomas depressivos e

ansiosos nesta população, além do trabalho excessivo das mulheres, que inclui, também atividades de cuidado não remuneradas (ANGWENYI *et al.*, 2021; HUQ *et al.*, 2021). No Brasil, estudo verificou que mulheres assentadas vivenciam mais sofrimentos em relação às questões como precariedade habitacional, itinerância, isolamento social e silenciamento emocional (MOTA; BEDRIKOW, 2021).

Diante do exposto, destaca-se que estudos recentes sobre as repercussões da pandemia em mulheres assentadas têm dado ênfase, principalmente, às consequências socioeconômicas e aos sintomas de transtornos mentais enquanto variáveis desfecho (ANGWENYI *et al.*, 2021; HUQ *et al.*, 2021; MOTA; BEDRIKOW, 2021; PINCHOFF *et al.*, 2021). Logo, erige-se a necessidade de ampliar o corpo de conhecimentos sobre os impactos da pandemia, considerando, além disso, aspectos mais subjetivos, complexos e relacionais da saúde mental de tais mulheres.

1.4 Ação de saúde mental entre mulheres vulneráveis - piloto

Estudo piloto prévio desenvolvido com mulheres em situação de vulnerabilidade atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista, identificou que a atividade de PSM pode ser promissora, especialmente para a melhoria da relação das mulheres com seu próprio corpo e com o meio em que vivem, uma vez que, houve resultados positivos nos domínios físico e do meio ambiente da QV, relacionados a capacidade funcional e às oportunidades de adquirir novas habilidades (SOUZA *et al.*, 2019).

Tal estudo identificou também limitações a partir das quais os autores recomendaram que estudos futuros utilizassem outros indicadores de avaliação, priorizassem abordagens individuais e estratégias que facilitassem a adesão (SOUZA *et al.*, 2019). Este estudo foi realizado pelo Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEEPSM) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e foi desenvolvido como um projeto de pesquisa e extensão, além de, parte dele, ser o tema da tese de doutoramento de uma aluna do grupo, o que proporcionou maior subsídio para o desenvolvimento da presente pesquisa com a proposição de sanar os déficits apresentados em tal estudo.

2. OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um programa de PSM e aplicá-lo, na modalidade piloto, junto a mulheres de um assentamento rural atendidas em uma unidade de APS de um município do interior do estado de São Paulo.

2.1 Justificativa

A consideração de fatores físicos, psicológicos, biológicos, culturais, sociais e econômicos é uma recomendação das agências nacionais de saúde para o planejamento de cuidados da saúde da mulher, tendo em vista que tal grupo e perpassados por diferentes vulnerabilidades (BRASIL, 2007). Além disso, enfatiza-se a necessidade de incluir nessas ações de saúde atividades que possibilitem às mulheres o desenvolvimento da autoconfiança, autoeficácia, consciência sobre o próprio corpo e que viabilizem um melhor entendimento sobre os processos de saúde-doença aos quais estão expostas além do fortalecimento de suas habilidades individuais para tomada de decisões relacionadas tanto à saúde quanto à vida privada (BRASIL, 2007).

Recomenda-se o empreendimento de esforços para implementar novas tecnologias, métodos e técnicas de pesquisa, prevenção e tratamento no campo da saúde mental. O Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental (2013-2020) e o Atlas de Saúde Mental (2017) também enfatizam, como temas estratégicos de pesquisa, o desenvolvimento de intervenções focadas no tratamento, na prevenção do consumo de substâncias, do suicídio e a PSM (WHO, 2013; WHO, 2018).

Nesse sentido, entende-se que a realização do presente estudo corrobora com as recomendações das agências nacionais e internacionais em relação à inserção de ações de saúde mental no *setting* da APS (FLEDDERUS *et al.*, 2010; FERNANDEZ *et al.*, 2015; ENNS *et al.*, 2016; GAINO, 2017), além de contribuir na ampliação das ferramentas os profissionais de enfermagem implementarem estratégias que corroboram a redução das vulnerabilidades das mulheres, do sofrimento emocional e promovam cuidados aos indivíduos com transtornos mentais.

Sendo assim, a presente pesquisa se justifica pelo fato de ser uma possibilidade de aprofundar os estudos sobre o potencial das atividades de PSM na saúde mental de mulheres socialmente vulneráveis. Considera-se que os resultados provenientes deste estudo, podem contribuir no planejamento e na implementação de ações de saúde mental para este público além de ter o potencial de instrumentalizar a equipe multidisciplinar nas unidades de saúde sobretudo a enfermagem para consolidar tais ações no âmbito da APS, corroborando estudos prévios (GAINO, 2017; SOUZA *et al.*, 2019).

3. REFERENCIAL TEÓRICO[1]

[1] Este referencial teórico tem subsidiado as ações de pesquisa e extensão do GEEPSM do qual componho a equipe de pesquisadores e o texto foi extraído de SOUZA, 2021; SOUZA, 2022 sob autorização da autora, orientadora da tese e coordenadora do grupo

O presente estudo foi desenvolvido sob a égide da perspectiva psicossocial pautada em concepções teórico-práticas que perpassam as proposições da psiquiatria cultural e da Reabilitação Psicossocial de Saraceno.

Os aspectos psicossociais têm assumido grande relevância em estudos recentes sobre saúde mental e bem-estar de diferentes grupos (FOSTER *et al.*, 2019; BASKIN; GALLIGAN; MEYER, 2020a; DUITS *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2020; FALINDA *et al.*, 2021; SCHNEIDERMAN; DAVIS; NEGRIFF, 2021). Apesar da unanimidade dos autores quanto à importância desse construto, identifica-se uma multiplicidade de interpretações do termo psicossocial e, considerando as variáveis adotadas por estudos recentes, é possível agrupar tais interpretações em duas vertentes principais.

Alguns estudos têm sugerido que esse termo consiste na combinação de duas grandes dimensões do indivíduo, a psicológica e a social e adotam como indicadores de avaliação deste construto variáveis principalmente relacionadas aos sintomas de transtorno ou sofrimento mental e a dinâmica das relações interpessoais dos participantes (apoio social, comportamentos, atitudes e conflitos) (FOSTER *et al.*, 2019 RIQUIN *et al.*, 2021).

Outros estudos, por sua vez, denotam uma interpretação mais ampla do termo psicossocial que engloba também aspectos relacionados à cultura e ao contexto de vida de indivíduos, famílias e populações (BASKIN; GALLIGAN; MEYER, 2020b; DUITS *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2020; FALINDA *et al.*, 2021; SCHNEIDERMAN; DAVIS; NEGRIFF, 2021).

Nesse sentido, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) no Eixo IV em sua 3ª edição, passou a recomendar que em toda a avaliação das manifestações de sofrimento emocional os profissionais se atentem aos estressores psicossociais (APA, 1980), enfatizando a ampliação do escopo do termo psicossocial.

Esta versão do DSM descreveu estressores psicossociais específicos focados nas a) relações interpessoais (família e comunidade); b) questões ocupacionais, financeiras e legais; c) circunstâncias e fases do ciclo de vida; d) os efeitos de possíveis doenças físicas sobre o funcionamento de um sujeito (APA, 1980). A partir destes detalhamentos essa concepção foi considerada nas versões subsequentes.

Assim, a versão atual do DSM (5ª edição), ao enfatizar os aspectos psicossociais na avaliação do sofrimento emocional propõe um *guideline* denominado Entrevista de Formulação Cultural (EFC) no qual recomenda considerar durante a avaliação, em síntese, a definição e a

causa desse sofrimento de acordo com a percepção do indivíduo e o significado atribuído pelo meio social a esse fenômeno (LEWIS-FERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

Além disso, o EFC destaca que na avaliação deve-se ter em mente que as características individuais do sujeito são reflexos de sua identidade cultural e, portanto, algumas delas influenciarão fortemente a forma como o sujeito vivencia esse fenômeno. Propõe identificar os estressores atuais que pioram a condição, bem como a influência de experiências anteriores e as formas de enfrentamento e busca de ajuda comumente utilizadas pelo sujeito (apoiadores e recursos, barreiras de acesso a recursos, ajuda recebida, relação profissional-paciente e expectativas atuais) (LEWIS-FERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que o EFC corrobora proposições teóricas da psiquiatria cultural que focam no efeito das singularidades e na influência da percepção dos grupos sobre os comportamentos e experiências de indivíduos e comunidades. Tal perspectiva teórica recomenda considerar as dimensões do sofrimento sem ignorar as práticas culturais locais e a interpretação dessas experiências enfatizando os modos de vida como pano de fundo importante para a identificação das necessidades das pessoas (KIRMAYER, 2007; KIRMAYER; GOMEZ-CARRILLO; VEISSIÈRE., 2017; LUSK; CHAVEZ-BARAY, 2017; KIRMAYER; JARVIS, 2019)

Diante de tais asserções, merece destaque um autor considerado por muitos pesquisadores como o expoente do paradigma psicossocial no âmbito da saúde mental, Benedetto Saraceno, que propôs que a estruturação das práticas psicossociais tenha como foco a subjetividade, as relações interpessoais e o poder de contratualidade do indivíduo. Para tal, recomenda que as ações sejam pautadas nos seguintes eixos: casa, trabalho, lazer e relações sociais (SARACENO, 1996; SARACENO, 2001; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022). Entende-se que se tratam de quatro grandes pontos de partida muito úteis para fundamentar as práticas de saúde mental em todas as esferas (promoção, tratamento e reabilitação) (SOUZA, 2021; SOUZA, 2022), conforme descritos a seguir:

A casa, compreendida não apenas como o espaço físico onde o sujeito vive, mas também como o espaço no qual ele dispõe seus pertences da maneira que deseja, no qual ele decide receber ou não determinadas pessoas, no qual ele negocia com quem convive os papéis, onde se abriga, descansa, discute, se alimenta, ama e vivencia conflitos. É a moradia, mas é também, analogamente, e corroborando Winnicott (WINNICOTT, 1983; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; LAURENTIIS, 2016; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022), seu corpo, vivo,

orgânico, contraditório e relacional, a partir do qual a existência se desdobra, o sofrimento se manifesta e se repercute no espaço mais amplo...

O trabalho, aquela atividade que é exercida com a finalidade de erigir renda, mas também que tem um valor social pois é também se engajar em uma ação para prover um produto ou serviço que tem uma função para a comunidade. O trabalho que perpassa a execução de uma tarefa pautada em um determinado saber, aprendizado e técnica e que tem uma finalidade naquele grupo social. Pode também ser analogamente considerado como todo o movimento para a execução de um projeto, objetivo, dos mais simples como uma dada atividade de autocuidado (escovar os dentes por exemplo), até um mais complexo (como galgar uma profissão ou carreira) (SARACENO, 1996; SARACENO, 2001; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

O lazer, considerado como o engajamento em atividades prazerosas e que desconectam de certo modo o sujeito das atividades mais sistemáticas usualmente exigidas no dia a dia. Mais ou menos amplo em diferentes modos de viver, diz respeito ao lúdico e também ao ócio em cada um de nós e tem papel central em relação às capacidades criativas, à diversificação nos modos de raciocínio, na abertura para o novo e no potencial de encantar-se com algo (relacionado ao "brincar" descrito por Winnicott [WINNICOTT, 1983; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; LAURENTIIS, 2016]) (SARACENO, 1996; SARACENO, 2001; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

E as relações sociais, aqui compreendidas como os laços estabelecidos nestes diferentes contextos, as ambiguidades que todas as relações suscitam, os afetos e desafetos que proporcionam, os papéis que propõem, os compromissos que acarretam. Diz respeito às reciprocidades, apoio, pertencimento, mas também à exclusão, emoções negativas e até mesmo violência e solidão em determinados casos (também corroborando proposições de Winnicott sobre as relações [WINNICOTT, 1983; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; LAURENTIIS, 2016]) (SARACENO, 1996; SARACENO, 2001; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

Estes eixos se imbricam de modo a compor esta complexidade e crueza do humano e de sua existência, os prazeres e sofrimentos a ela inerentes. Ao adotar esta perspectiva, tais eixos exercem o papel de verdadeiros "guias" também para refletir sobre e apreender o cotidiano e as subjetividades das pessoas que constituem o público-alvo das propostas de políticas, programas ou intervenções relacionadas à saúde mental (SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

Assim, o cotidiano mais imediato de grupos específicos passa a assumir ainda mais importância na elaboração de políticas e planejamento de práticas, juntamente com a

valorização das subjetividades humanas que também versa como elemento essencial a ser levado em conta nas iniciativas de PSM dentro de uma perspectiva psicossocial (SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

Apreender o cotidiano mais imediato de grupos específicos, poderia ser aqui descrito como identificar as especificidades de determinados grupos populacionais (pessoas que convivem em um dado espaço/território), das etapas do ciclo de vida (crianças, jovens, adultos, idosos) e dos períodos de transição de vida (casamento, nascimento de um filho, ingresso no mundo do trabalho, separações etc) (SOUZA, 2021; SOUZA, 2022). Isto é, identificar e valorizar o indivíduo em suas subjetividades, considerando as nuances do seu jeito de conduzir sua vida e de lidar com os desafios impostos pelo cotidiano (SOUZA, 2021; SOUZA, 2022). Além disso o foco nos espaços e territórios desses grupos populacionais também se faz essencial em termos de contextualização das ações aos processos de vida e aos fatores de risco e de proteção que tais ambientes imprimem em seus componentes (WINNICOTT, 1983; SARACENO, 1996; SARACENO, 2001; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; KALRA *et al.*, 2012; ENNS *et al.*, 2016; LAURENTIIS, 2016; CAROLAN; HARRIS; CAVANAGH, 2017; ALEGRÍA *et al.*, 2014; PATEL *et al.*, 2018; SOUZA, 2021; SOUZA, 2022).

4. MATERIAL E MÉTODOS

O desenvolvimento desta pesquisa compreendeu as seguintes etapas:

1. Levantamento do perfil sociodemográfico e psicossocial das mulheres do referido assentamento;
2. Identificação dos possíveis impactos da pandemia de COVID-19 nas questões psicossociais das mesmas, uma vez que o desenvolvimento do estudo perpassou o período de tal evento;
3. Realização de uma RI sobre abordagens em saúde mental desenvolvidos na APS para identificar as técnicas, referenciais teóricos, temas, viabilidade técnica e operacional para o contexto em questão;
4. Desenvolvimento de um programa de PSM e
5. Implementação, avaliação da viabilidade e do efeito do referido programa.

4.1 Caracterização do estudo

Dada essa multiplicidade de etapas, a tese compreendeu três diferentes tipos de estudos: um estudo quantitativo longitudinal (etapas 1 e 2), uma RI (etapa 3) da qual desdobrou-se o desenvolvimento do programa de PSM (etapa 4) e um estudo quantitativo prospectivo do tipo pré e pós-teste (etapa 5).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um assentamento do município de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

Os assentamentos rurais no Brasil, de um modo geral, decorrem do tensionamento entre o Movimento de Trabalhadores Sem Terra e a agência federal de reforma agrária (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) com vistas à ocupação de terras improdutivas por trabalhadores do campo, considerando o direito fundamental de acesso à terra (ROBLES, 2019). A cultura de subsistência, baseada no sistema agroflorestal e na preservação do meio ambiente, são premissas básicas desse movimento e se somam à possibilidade de comercialização direta dos produtos para a população, sem intermediação de grandes comerciantes, contrapondo-se à lógica vigente de obtenção de lucros exacerbados (ROBLES, 2019).

Tendo em vista que a reforma agrária não é uma pauta prioritária da maioria das gestões federais, a questão da infraestrutura social (saúde, educação, transporte, moradia) e produtiva (assistência técnica, maquinário, capital) é bastante precária na maioria dos assentamentos

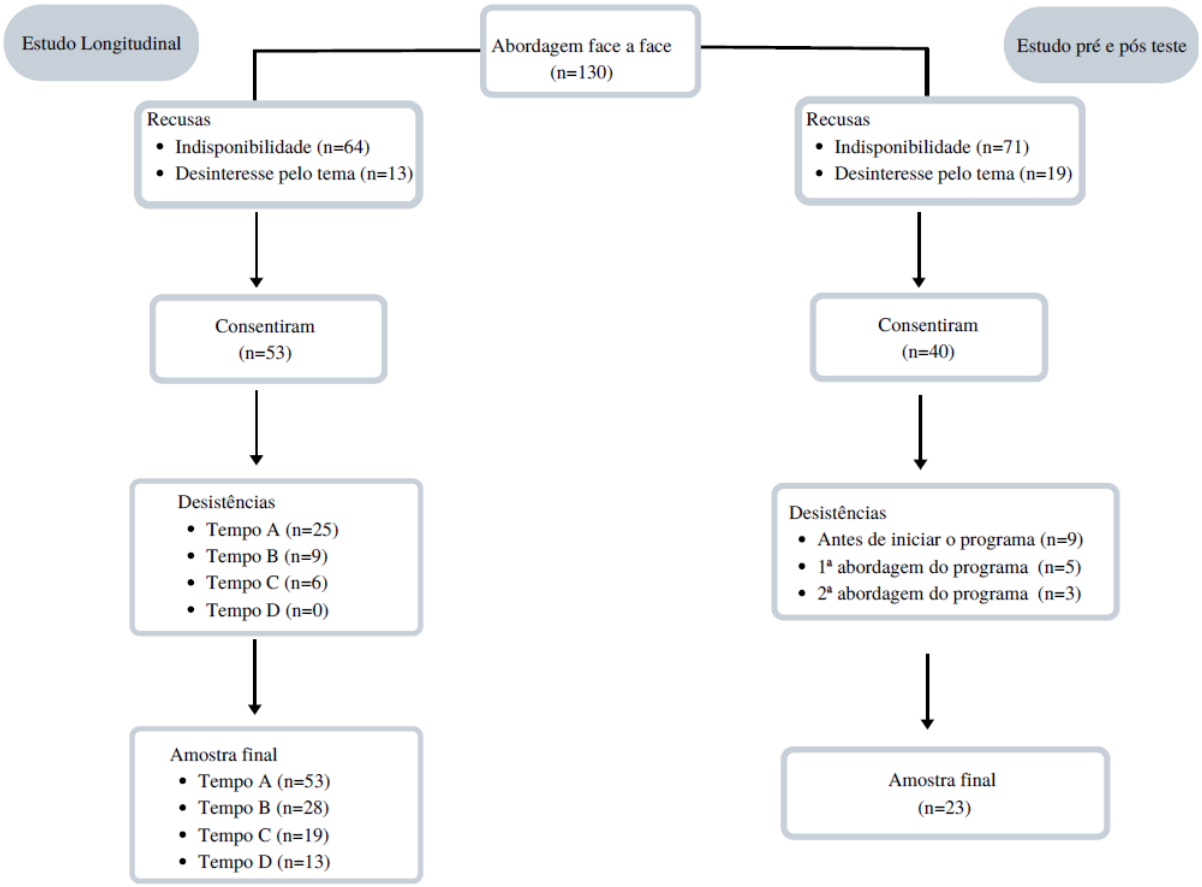
rurais brasileiros (BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014), característica observada também no assentamento estudado. Com aproximadamente 470 famílias assentadas em 1.541 hectares de terra, o referido local comporta, de um modo geral, famílias com baixas condições socioeconômicas e que vivem em casas de madeira sem acesso ao saneamento básico (água encanada, sistema de esgoto), algumas cobertas com lonas e distantes da maioria dos recursos básicos que são concentrados na área urbana da cidade.

4.3 População e amostra

Os critérios de elegibilidade foram ser mulher, idade maior que 18 anos, cadastrada na unidade de saúde em questão, ser alfabetizada (tendo em vista que parte da atividade utilizada requeria habilidade de leitura) e não apresentar condição aguda ou crônica de saúde grave que inviabilizasse o recebimento de ligação para participar do programa.

A população estimada sob responsabilidade desta unidade é de 3.744 habitantes, sendo que aproximadamente 1.910 são mulheres, destas, 1.046 são maiores de 18 anos. O processo de recrutamento foi realizado mediante cartazes e panfletos afixados na sala de espera e consultórios, bem como abordagem direta realizada em visitas domiciliares ou na sala de espera da referida unidade. Os processos para constituição das amostras de conveniência, considerando as mulheres que foram abordadas face a face, estão descritos no fluxograma a seguir (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de constituição das amostras. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=53)



Fonte: elaborado pela autora, 2023.

4.4 Os construtos utilizados

No presente estudo, para avaliação psicossocial foram determinados quatro construtos, a saber: a QV, o Apoio Social, a Autoeficácia e os sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Intitulou-se o conjunto dos três primeiros construtos como "ambiente social" e o último como manifestação de "sofrimento psíquico". Com intuito de contextualizar tais fatores, realizou-se uma breve descrição dos termos e definições inerentes a cada um.

4.4.1 Os construtos que refletiam questões sobre o ambiente social das participantes

4.4.1.1 Qualidade de Vida

A OMS define QV como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, inter-relacionado de forma complexa com a

saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e características do ambiente (WHO, 1996).

4.4.1.2 Apoio Social

O "apoio social" é um conceito multidimensional que se refere aos recursos que podem auxiliar o sujeito em diferentes situações, a depender da função que exercem (apoio emocional, instrumental e informacional) e que são oriundos das relações interpessoais, isto é, proveniente de diferentes fontes (família, vizinhos, amigos, profissionais da saúde e instituições) (HÄMMIG, 2017; OLIVEIRA; ALMEIDA; SOUZA, 2019).

É descrito como um importante fator de proteção da saúde mental, pois a disponibilidade de apoio implica em ter pessoas do entorno social com as quais o indivíduo pode confiar, e cujas relações se configuram como fonte de valorização, comunicação e reciprocidade, consistindo em importantes recursos para o enfrentamento dos eventos estressantes (SOUZA; LUIS; GAINO, 2017; OLIVEIRA; ALMEIDA; SOUZA, 2019).

4.4.1.3 Autoeficácia

A autoeficácia é definida como a crença do indivíduo nas suas capacidades de reunir recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais, organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de estresse em vários domínios do funcionamento humano. (SOUZA; SOUZA, 2004; SBICIGO *et al.*, 2012). A percepção de autoeficácia pode atuar como um mecanismo regulador do comportamento, influenciar a capacidade de estabelecer metas e a tomada de decisões, facilitar o investimento de esforço, a persistência diante de barreiras e a recuperação de contratempos sendo por isso, considerada um fator de resistência positivo (SOUZA, SOUZA, 2004; SBICIGO *et al.*, 2012).

4.4.2 O construto que refletiu as manifestações de sofrimento psiquiátrico das participantes

4.4.2.1 Transtornos Mentais Comuns

Os TMC, de acordo com Goldberg (1994), são estados de sofrimento psíquico de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes que poderão ser manifestos em conjunto ou não. Caracterizam-se por sintomas não-psicóticos como: insônia, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento, irritabilidade, sentimentos de inutilidade e queixas somáticas

(GOLDBERG, 1994; QUADROS *et al.*, 2020). Afetam, universalmente, pessoas de todas as idades, classes econômicas e sociais, provocando uma incapacitação funcional significativa, queda da QV e prejuízos psicossociais nos indivíduos e seus familiares. Além disso, geram grandes consequências econômicas e sociais em todos os países do mundo se configurando em um dos grandes desafios aos programas e ações de saúde e saúde mental constituindo-se, portanto em um importante foco para as ações de PSM (WHO, 2022).

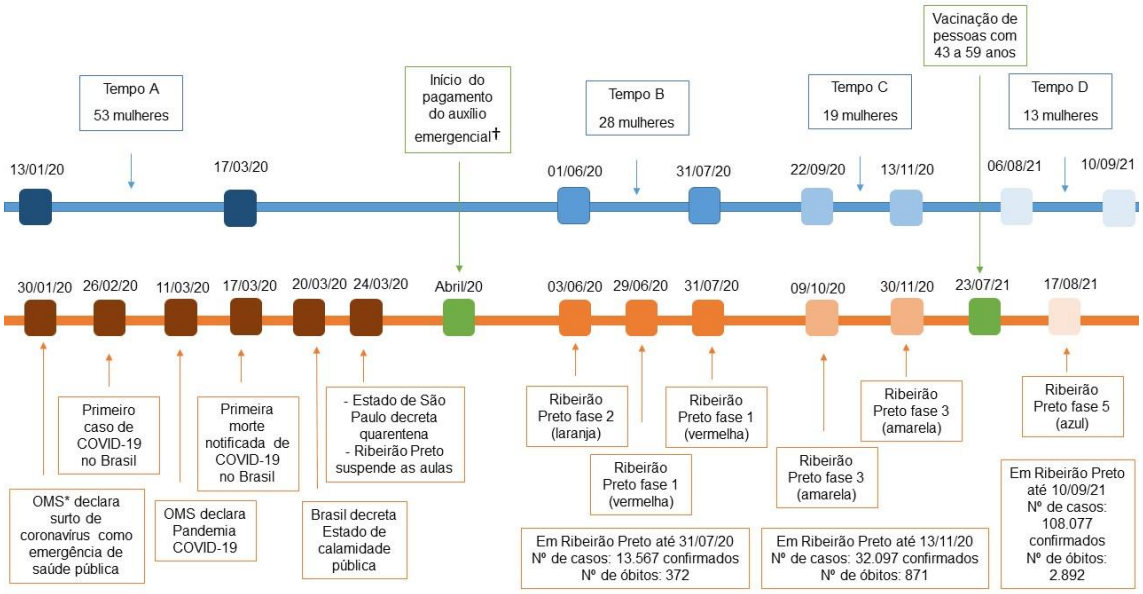
4.5 Coleta de dados

4.5.1 Contexto e períodos

No Brasil, especificamente no estado de São Paulo, o governo, no período da pandemia, decretou a quarentena com a especificação de serviços que poderiam ou não funcionar e estabeleceu critérios para a classificação de fases de acordo com o número de infectados pela COVID-19, de internações e mortes, a saber: fase 1 - vermelha (alerta máximo); fase 2 - amarela (controle); fase 3 - amarela (flexibilização); fase 4 - verde (abertura parcial); e fase 5 - azul (normal controlado) (SÃO PAULO, 2020).

Face ao exposto o seguimento de coleta de dados das etapas do presente estudo correspondentes ao estudo longitudinal se deu em quatro tempos: o primeiro, entre 13 janeiro e 17 de março de 2020 (pré-pandemia); o segundo, entre 01 de junho e 31 de julho de 2020 (fase vermelha); o terceiro, entre 22 de setembro e 13 de novembro de 2020 (fase amarela); e o quarto, entre 06 de agosto e 10 de setembro de 2021 (fase azul) (figura 2).

Figura 2 – Detalhamento dos momentos da coleta de dados do estudo longitudinal, quantificação da amostra e fases da pandemia. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n = 13).



Fonte: elaborado pela autora, 2023. *OMS = Organização Mundial da Saúde; †Auxílio emergencial = 18 parcelas no valor de R$ 300,00 a R$ 600,00 pagas às famílias em vulnerabilidade socioeconômica

No que concerne às etapas correspondentes ao estudo pré e pós-teste, a coleta de dados foi realizada após a finalização do estudo longitudinal e compreendeu três momentos. Primeiramente foram aplicados os questionários para composição do banco de dados da linha de base, quando também se realizou a entrega do material escrito que comporia as abordagens do programa. Em seguida implementou-se o programa e uma semana após completar o mesmo, realizou-se a coleta correspondente ao primeiro *follow-up*. Após 30 dias empreendeu-se nova coleta para obtenção das informações que comporiam o banco correspondente ao segundo *follow-up*. Finalmente foram levantados os dados relacionados à avaliação das participantes em relação ao conteúdo e participação no programa proposto. A coleta de dados foi realizada por duas enfermeiras com nível de pós-graduação, que receberam treinamento para a aplicação dos instrumentos elencados na presente pesquisa.

4.5.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados um questionário para a triagem do perfil socioeconômico (Apêndice A) e os seguintes instrumentos para análise dos aspectos psicossociais: o WHOQOL-bref

(Anexo A); o SSQ (Anexo B); a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) (Anexo C) e o SRQ 20 (Anexo D)

4.5.2.1 Informações sociodemográficas

As questões sociodemográficas foram elaboradas pelas pesquisadoras com base nos indicadores sociais mínimos descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contemplando aspectos relacionados à educação, condições de vida, família, cor ou raça, trabalho e rendimento.

4.5.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada

O instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada (WHOQOL-bref) é composto de 26 questões, das quais, duas são gerais da QV, e as demais representam cada uma das 24 facetas. Compõe quatro domínios: 1-físico; 2-psicológico; 3-relações sociais; e 4-meio ambiente. As questões são avaliadas por meio de uma escala do tipo *likert*, de 1 a 5. O instrumento, validado no Brasil (FLECK *et al.*, 2000), possui três questões com escores invertidos, e o escore final resulta numa escala de 4 a 20, que pode ser transformado em escala de 0 a 100 através da *syntax* desenvolvida pelos autores (WHO, 1996; PEDROSO, *et al.*, 2010; WHO, 2012). Quanto maior a pontuação, melhor a percepção da QV (WHO, 1996; PEDROSO, *et al.*, 2010; WHO, 2012).

4.5.2.3 Questionário de Apoio Social de Sarason

O Social Support Questionnaire (SSQ) é composto por 27 questões, que fazem menção às diversas situações nas quais o apoio social pode ser importante para um indivíduo. O respondente deve listar até nove pessoas por questão e classificar sua satisfação com o apoio nas respectivas situações, por meio de uma pontuação de 0 a 6. As médias do número de pessoas listadas nas questões e da pontuação referente à satisfação proporcionam dois escores, o SSQ-N – correspondente ao número de apoiadores e o SSQ-S – correspondente à satisfação com o apoio (PINHEIRO; FERREIRA, 2002). No presente estudo, foi utilizada a versão reduzida do instrumento, validado no Brasil, o SSQ6, constituído por seis itens, considerado alternativa prática à versão longa (PINHEIRO; FERREIRA, 2002).

4.5.2.4 Escala de Autoeficácia Geral Percebida

A EAGP, validada no Brasil, avalia o senso geral de autoeficácia percebida pelo indivíduo, isto é, a percepção do indivíduo sobre sua disposição e eficácia no enfrentamento das dificuldades diárias e no processo de adaptação após vivenciar eventos estressantes da vida (SOUZA; SOUZA, 2004). É composto por dez itens cujas opções de respostam variam de 1 a 4. O escore é calculado por meio da soma de todos os itens e, portanto, varia entre 10 e 40 considerando-se quanto maior o escore, maior a autoeficácia percebida (SOUZA; SOUZA, 2004).

4.5.2.5 Self Report Questionaire

O Self Report Questionaire (SRQ-20) foi desenvolvido pela OMS para avaliar os TMC em países em desenvolvimento (MARI; WILLIAMS, 1986). A versão validada no Brasil conta com itens correspondentes a sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. As opções de resposta são dicotômicas, do tipo sim (1), ou não (0) e o escore final é obtido a partir da soma dos itens (MARI; WILLIAMS, 1986). São considerados casos suspeitos de transtorno mental os escores maior ou igual a oito (MARI; WILLIAMS, 1986).

4.6 Análise dos dados

Nas etapas 1 e 2, que correspondem ao estudo longitudinal, a análise do perfil socioeconômico da população foi empreendida por meio de estatística descritiva. Para a identificação dos fatores associados à manifestação de sintomas de transtornos mentais, utilizaram-se análises exploratórias multivariadas de agrupamento por método hierárquico e de componentes principais.

A análise de agrupamento reuniu as unidades amostrais em grupos (Grupo 1 e Grupo 2), de forma que pudesse existir homogeneidade dentro do grupo e heterogeneidade entre eles. A estrutura de grupos contida nos dados foi vista em um gráfico denominado dendrograma, elaborado com a matriz de semelhança entre as amostras. A matriz de semelhança foi construída com a distância euclidiana, e a ligação dos grupos foi feita com o método de Ward. Com base nessa análise, verificou-se a existência de dois grupos observados para os quatro tempos em estudo (A, B, C e D).

Posteriormente, visando determinar possíveis características que pudessem identificar comportamentos similares e dissimilares nas variáveis adotadas, optou-se pela análise multivariada de componentes principais. Para a seleção das variáveis que permaneceriam na análise, foi utilizado o critério de não colinearidade e consideradas para a interpretação àquelas

que apresentassem coeficientes de correlação com valor absoluto acima de 0,60. Os autovetores (componentes principais) foram construídos com base nos autovalores da matriz de covariância (HAIR *et al.*, 2005).

Para a interpretação do significado de cada componente principal considerou-se o sinal e a dimensão relativa dos coeficientes das funções lineares como indicação do peso a atribuir a cada variável. Após padronização dos dados (média nula e variância unitária). Os dois primeiros componentes principais (PC1 e PC2), cujos autovalores eram superiores à unidade, segundo o critério estabelecido em estudo prévio (KAISER, 1958), foram considerados neste estudo.

Visando corroborar a influência do tempo no comportamento dos grupos identificados na análise multivariada realizada previamente, empreendeu-se a ANOVA com medidas repetidas. Para a ANOVA, com medidas repetidas, consideraram-se dois fatores: o fator grupo (Grupo 1 e Grupo 2); e o fator tempo (A, B, C e D). Todas as análises foram processadas no software R (R CORE TEAM, 2016).

Simultaneamente às análises estatísticas, as pressuposições básicas da ANOVA, normalidade dos erros e homogeneidade das variâncias foram testadas para todas as variáveis. Depois de realizado o teste de Shapiro-Wilk, os dados que não apresentaram normalidade foram transformados (Box-cos), e após a transformação todos os dados apresentaram normalidade ($p>0,05$). Em seguida, foi utilizado o teste de Levene para verificação da homogeneidade de variâncias ($p>0,05$) e posteriormente foi realizado o teste de Tukey para a comparação das médias.

Em relação às análises da etapa 5 o principal indicador de resultado para avaliar a viabilidade do programa foi até que ponto as mulheres que se interessaram em participar de fato concluíram o programa. Tais aspectos foram analisados utilizando uma adaptação dos procedimentos propostos por Bennet *et al.* (2021) considerando cinco aspectos: 1) o número de participantes que aceitaram participar do programa; 2) o número de participantes que completaram as sessões; 3) o número de participantes que não completaram as sessões; 4) dentre as que não completaram, quantas sessões realizaram e o motivo da desistência; e 5) a discriminação dos possíveis aspectos clínicos ou sociodemográficos que diferenciava o grupo de mulheres que completou o programa.

Utilizou-se estatística descritiva e testes não paramétricos para a análise do panorama geral das medidas psicossociais (sintomas de TMC, domínios da QV, apoio social e autoeficácia) e das características sociodemográficas.

Para comparar as características das mulheres que completaram o programa (grupo 1) com as das que não completaram (grupo 2) empreendeu-se o teste de Mann-Whitney considerando como variáveis independentes o número de filhos, a idade (em anos) e os escores dos domínios da QV, do apoio social e da autoeficácia. Os testes de Qui-quadrado de Person e/ou Exato de Fischer foram adotados para comparar as variáveis categóricas (cor [branca ou amarela/preta ou parda], religião [católica ou outra/protestante ou evangélica], união estável [sim/não], trabalho remunerado [sim/não], escolaridade [ensino fundamental/médio ou superior], renda mensal [menos que um salário mínimo/de dois a cinco/mais que cinco salários mínimo] e sintomas mais prevalentes e escore indicativo de TMC [sim/não]).

Para analisar os dados considerando as informações de caráter psicossocial da linha de base e do *follow-up* utilizou-se estatística descritiva para apresentar e comparar os sintomas de TMC mais prevalentes nas medidas de linha de base e *follow-up* 2. Em seguida empreendeu-se o Friedman Test que é um teste não paramétrico indicado para análises com mais de duas amostras relacionadas e para dados que não apresentaram distribuição normal, caso do presente estudo (BRACE; KEMP; SNELGAR, 2013). A hipótese testada foi que a percepção de apoio, da QV e da autoeficácia sofreram um incremento após a realização do programa e que os possíveis sintomas de TMC tenham diminuído no *follow-up*.

4.7 Procedimentos para a Revisão Integrativa[2]

Para a revisão foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca e seleção dos estudos nas bases de dados, extração dos dados, avaliação crítica, análise, síntese dos resultados e apresentação da revisão.

Na elaboração da questão que orientou a revisão, utilizou-se a estratégia PICO (população, intervenção, comparação, resultado), resultando nas seguintes perguntas: Quais evidências estão disponíveis na literatura sobre ações de saúde mental para adultos aplicáveis ao ambiente de APS e qual tem sido a principal ênfase dessas ações, PSM ou tratamento de transtornos mentais?

Os dados foram coletados em março de 2020 nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) - com a combinação de descritores controlados e palavras-chave em português, inglês e espanhol disponíveis nos

[2] Esses resultados foram extraídos do artigo intitulado Mental Health Care in Primary Health Care: An Integrative Review, aceito para publicação em 01 de março de 2023 na revista Issues in Mental Health Nursing (OLIVEIRA *et al.*, 2023b [Anexo E])

Descritores em Ciências da Saúde - PubMed, Embase, CINAHL e Web of Science, em que descritores controlados e palavras-chave do Medical Subject Headings (MeSH), do Emtree thesaurus e do CINAHL Subject Headings foram combinados com os operadores booleanos OR e AND. Decidiu-se por uma única estratégia de busca, adaptada a cada base de dados selecionada. Por exemplo, os termos de pesquisa usados no PubMed foram (((“Adult”[Mesh] OR “Adult” OR “Adults” OR “Middle Aged”[Mesh] OR “Middle Aged” OR “Middle Age”) AND (“Mental Health”[Mesh] OR “Mental Health” OR “Mental Hygiene” OR “Mental Health Assistance” OR “Psychosocial Support Systems”[Mesh] OR “Psychosocial Support Systems” OR “Psychosocial Support System” OR “Social Support System” OR “Social Support Systems” OR “Psychosocial Support” OR “Psychosocial Supports” OR “Psychological Support System” OR “Psychological Support Systems” OR “Psychosocial Impact”)) AND ((“Health Promotion”[Mesh] OR “Health Promotion” OR “Promotion of Health” OR “Health Promotions” OR “Wellness Programs” OR “Wellness Program”) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “Primary Health Care” OR “Primary Healthcare” OR “Primary Care”))).

Cada banco de dados foi pesquisado usando essa estratégia. Em seguida, as referências foram importadas para o EndNote desktop versão X7 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019) para organizá-las e remover duplicatas. As demais referências foram exportadas para o aplicativo *web Rayyan* (OUZZANI *et al.*, 2016), no qual duas pesquisadoras, de forma independente e cega, refinaram a seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e resumos. As divergências foram discutidas em reunião de consenso mediada por uma terceira pesquisadora. Procedeu-se então a leitura dos estudos na íntegra, seguida de nova reunião de consenso. Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram estudos primários nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se teses, monografias, dissertações e livros.

Para a extração e apresentação dos dados foi utilizado um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, contendo os itens autor, ano, país, tipo de estudo, nível de evidência, variáveis de desfecho adotadas e os principais resultados (ênfase da abordagem e níveis de evidência); abordagens utilizadas, fundamentação teórica, população, profissionais que realizaram as abordagens e a viabilidade de aplicação na APS[3]. Dois revisores completaram esta etapa por meio de verificação independente de cada tópico para garantir consistência e precisão dos resultados.

[3] Itens adaptados de Structured Assessment of FEasibility (SAFE), proposto por BIRD *et al.*, 2014, sobre a avaliação de intervenções complexas de saúde mental.

Os artigos foram avaliados de acordo com a metodologia adotada (quantitativo ou qualitativo) e a classificação do nível de evidência, de acordo com o tipo e a questão clínica (significado, prognóstico/predição ou etiologia e intervenção/tratamento ou diagnóstico/teste) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019). Para análise e síntese dos resultados, foi utilizado um formulário descritivo considerando as características dos estudos incluídos e os principais resultados apresentados nos mesmos.

4.8 Revisão de Escopo

Considerando que os resultados da RI não proporcionaram muitas informações sobre o uso de abordagens telefônicas, no âmbito da saúde mental. Empreendeu-se uma revisão de escopo a fim de refinar a busca e contemplar as especificidades apresentadas pelos estudos relacionados a esta questão.

4.9 Percurso metodológico para o desenvolvimento do programa de promoção da saúde mental

O planejamento do script, o desenvolvimento do programa e a definição dos indicadores de resultados foram pautados nas diretrizes para a elaboração de protocolos clínicos e de enfermagem na APS propostos pelo Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2018) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, 2019).

As prerrogativas de aplicabilidade e otimização dos recursos de saúde (custo-efetividade, melhoria do cuidado e auxílio aos profissionais e gestores nas tomadas de decisões clínicas e terapêuticas) (BRASIL, 2019) foram elencados como aspectos-chave para o desenvolvimento do programa, que propôs-se como **finalidade** proporcionar aos profissionais da saúde uma ferramenta que otimize recursos técnicos, financeiros e humanos, bem como fomente a abordagem de questões de saúde mental da população, sobretudo no âmbito da APS.

Em termos de **custo-benefício**, destaca-se que os custos inerentes ao processo implicam em recursos humanos (um profissional da saúde de nível superior), e em tempo despendido no treinamento (carga horária de aproximadamente 2 horas) e na efetivação da abordagem (45 minutos a 1 hora distribuídos ao longo de três semanas, sendo um dia por semana e cerca de 15 minutos por dia). Adicionalmente, há o custo para a viabilização do material impresso que faz parte da abordagem (custo médio por pessoa de R$15,00 em uma gráfica comercial, que pode ser reduzido caso haja impressora no local). O **motivo que justifica os gastos e as horas para**

o desenvolvimento desta ferramenta é a possibilidade de ter ações de promoção da saúde mental inseridas de maneira mais concreta no rol de oferta de cuidado dos serviços de APS.

Dada a predominância de um modelo de cuidado voltado para a doença (a pessoa busca atendimento, é diagnosticada e medicada), as agências nacionais e internacionais de saúde têm preconizado o empreendimento de esforços para a efetivação do cuidado dentro de uma perspectiva integral (BRASIL, 2004, 2007; BURGESS, 2016; WHO, 2022), o que demanda pensar a pessoa em suas diferentes dimensões, transcendendo o problema que ela apresenta. Um exemplo prático nesse sentido, e que foi inclusive verificado durante o trabalho de campo, é o caso de uma usuária com queixa de cefaleia, que foi medicada com dipirona, sem sucesso. Com um pouco mais de espaço de escuta, referiu que não estava comendo direito porque estava sem trabalho e não tinha condições de comprar comida, pois priorizava a necessidade dos filhos, que também estavam sem ir à escola por não ter como lavar as roupas deles, devido à falta de água encanada. Referiu depender da casa de sua mãe para isso, mas a mesma havia falecido há pouco tempo. Esse exemplo ilustra os diversos fatores relacionados às questões de saúde, incluindo as necessidades psicossociais que os indivíduos apresentam, em geral, de modo implícito às suas queixas, e que demandam abordagens mais compreensíveis e integradas.

Assim, ao utilizar o programa, os profissionais poderiam incidir de forma mais objetiva nas questões de saúde mental, promovendo um incremento no atendimento de saúde, e corroborando a perspectiva integral de cuidado.

A existência do programa poderia, portanto, configurar-se como mais uma estratégia no rol de práticas de cuidado de saúde mental, e auxiliar na tomada de decisão profissional, podendo, assim, compor os protocolos municipais que norteiam a prática do enfermeiro na APS. Quanto às políticas, considera-se que o programa está vinculado primeiramente às Políticas de Saúde Mental, com interface com a Política Nacional de Atenção Básica, as Políticas de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2001; 2004; 2010; 2012). O programa é relevante, pois não há na literatura, até o momento, uma abordagem que considere as necessidades psicossociais nos moldes propostos e de forma protocolar para aplicação na APS. Ressalta-se ainda o teor das abordagens que foram idealizadas, considerando amplamente as especificidades culturais do cotidiano das mulheres brasileiras.

Corroborando tal asserção, destaca-se que a definição dos **temas** para as abordagens foi feita com base em um diagnóstico situacional realizado por meio de visitas ao campo (assentamento) e discussões com os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS)

responsável pela população do referido território. Consideraram-se os aspectos contextuais, tais como falta de saneamento básico, dificuldade financeira, insegurança alimentar, desemprego, e questões de acesso; epidemiológicos e clínicos. Com relação a estes últimos, muitas mulheres apresentavam queixas quanto ao sofrimento emocional e a sintomas de ansiedade e depressão, e algumas delas precisavam de medicação e encaminhamentos para tratamento no Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas não havia vaga. Também foram considerados os relatos das participantes, que durante o seguimento apresentaram várias queixas desse tipo, e nuances de uma rede de apoio fragilizada, implicando inclusive em situações de sobrecarga, o que conferiu à população de mulheres assentadas e atendidas pela UBS em questão o caráter de população-alvo e prioritário para programas desse tipo.

O **objetivo delineado para o programa** foi viabilizar reflexões sobre temas considerados centrais dentro da concepção de saúde mental e do referencial teórico adotados, visando uma melhor integração entre os aspectos emocionais e comportamentais de tais mulheres, bem como a promoção do autoconhecimento e potencialidades.

Em relação à definição da **estrutura e conteúdo**, considerou-se tanto o diagnóstico situacional e o contexto pandêmico, quanto o referencial teórico e os resultados da RI. Decidiu-se, então, após sucessivas reuniões com *experts* (membros do grupo de estudos com diferentes formações de base – administrador público, enfermeiros da saúde mental, enfermeiros generalistas, psicólogos), pela inclusão de abordagens via contato telefônico, por meio das quais seriam viabilizadas explicações, escuta, exercícios, esclarecimentos, *feedback* positivo e aconselhamentos.

O **foco** das ligações seria apresentar uma breve explanação sobre os temas elencados, propor um exercício de fixação sobre tal explanação e, subsequentemente, ouvir suas considerações, proporcionando um *feedback* em relação às suas tentativas de manejar suas emoções de outra forma, bem como respectivos aconselhamentos. Optou-se por **abordagens** individuais de curta duração, pois considerou-se as preconizações relacionadas à adesão apontadas em estudos prévios (SOUZA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2023b).

O processo de **avaliação** do programa foi dividido em dois momentos, baseados nas recomendações propostas por Donabedian (1978): um referente à estrutura, realizado durante o percurso de elaboração do programa, e cujos resultados são apresentados nesta seção; e outro correspondente ao processo e resultados da proposta, que foi realizado após a implementação do programa junto à população-alvo, e seus desdobramentos serão apresentados na seção "Resultados" desta tese.

Para a avaliação da estrutura do programa, consideraram-se os itens “validação” e “envolvimento de diferentes atores”, previstos nos guias e diretrizes que nortearam o desenvolvimento do programa (BRASIL, 2014; 2018; 2019). Assim, o script foi submetido à **avaliação de duas juízas**, sendo uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. As mesmas foram escolhidas pela sua expertise em análise de comportamento, abordagem psicológica, reabilitação psicossocial e formação em terapias contextuais. Nesta avaliação foram consideradas as questões do conteúdo e objetivo do programa, bem como a estrutura, o formato, o foco e os temas. As adequações sugeridas referiram-se ao ajuste da linguagem utilizada nas explanações e aconselhamentos, de modo a torná-los mais acessíveis para o público alvo, além da padronização de alguns termos. Ademais, sugeriram alteração na estrutura, de modo a tornar a abordagem mais direcionada ao seu objetivo e mais adequada aos moldes de um protocolo passível de aplicação sem a necessidade de supervisão de especialistas.

Num segundo momento, após as adequações sugeridas, realizou-se a **aplicação do programa junto a duas mulheres externas** à população do estudo, visando a testagem do mesmo. As mulheres foram indicadas pelos pesquisadores do grupo de estudo, considerando características que se aproximavam do público-alvo. As alterações sugeridas nesta etapa referiram-se aos exercícios propostos, mais especificamente modificações no texto para simplificar a linguagem e deixar as mensagens mais fluídas e claras, sem ambiguidades.

Essa etapa da avaliação também foi importante, pois configurou-se em uma **prévia da aplicação** e propiciou maior desenvoltura à pesquisadora na implementação efetiva do programa junto à população-alvo do estudo. Em ambas as etapas descritas, o conteúdo foi considerado de boa qualidade e coerente com os objetivos e modalidade propostos.

Em relação à avaliação do processo e resultado, consideraram-se as impressões da própria pesquisadora sobre a implementação do programa, adotando seis itens dentre os norteadores propostos pelo Guia de elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2019), quatro questões autorreflexivas (tabela 1), e o *feedback* livre (sem questões estruturadas) dado pelas participantes do estudo pré e pós-teste.

Tabela 1. Questões norteadoras para a avaliação do processo e resultado da implementação do programa. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021.

Itens do Guia de elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
Qual o potencial da ferramenta para melhorar a eficiência do SUS e a qualidade do cuidado?
Qual o potencial da ferramenta para melhorar os resultados de saúde?
Qual o potencial da ferramenta para melhorar a prática ineficaz?
Qual o potencial de ganho à saúde considerando o custo da aplicação?
A ferramenta tem potencial para diminuir as desigualdades na saúde?
Existe a probabilidade desta ferramenta contribuir para uma mudança real?
Questões autorreflexivas
Após a finalização do estudo você faria algo diferente no programa ou em sua aplicação?
Quais adequações acha que seriam necessárias?
Entende que o programa alcançou o objetivo proposto?
E quanto à sua finalidade, entende que será efetiva?

Fonte: questões extraídas do Guia de elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2019).

Os resultados da avaliação correspondente aos itens, processo e resultados serão apresentados na seção 5 “Resultados” da tese e, para fins de análise, considerou-se também o conteúdo das falas das mulheres a respeito da atividade, agrupando-as por critério de similaridade.

4.10 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e aprovado pelos Pareceres n. º 210, de 26 de setembro de 2019 e nº 67 de 10 de março de 2021 (emenda) (Anexos F). O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelece a Resolução n.°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inclusive o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 As mulheres do estudo longitudinal[4]

Em relação ao perfil sociodemográfico das participantes, destaca-se que a maioria tinha 40 anos ou mais (mediana 49, mínimo 19 e máximo 59), autodeclarou-se preta ou parda, não convivia em regime de união estável e possuía renda familiar mensal de até dois salários mínimos (tabela 2). A mediana do número de filhos foi 2 (mínimo 0 e máximo 4). Duas mulheres não tinham doenças crônicas diagnosticadas. No período analisado, quatro delas testaram positivo para a COVID-19, e três não receberam o auxílio emergencial (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das participantes de acordo com as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=13).

Características sociodemográficas	**n(%)**
Idade	
18-30 anos	04(30,8)
31-50 anos	03(23,1)
51 anos ou mais	06(46,2)
Cor	
Branca ou Amarela	04(30,8)
Preta ou Parda	09(69,2)
Religião	
Católica ou outra	03(23,1)
Protestante ou evangélica	10(76,9)
União Estável	
Sim	06(46,2)
Não	07(53,8)
Filhos	
Não tem filhos	02(15,4)
Um ou dois	06(46,1)
Três ou mais	05(38,5)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	05(38,5)
Ensino Médio	07(53,8)
Ensino Superior	01(7,7)
Renda mensal familiar	
Menos que 1 SM*	05(38,5)

[4] Esses resultados foram publicados em janeiro/fevereiro de 2023 na Revista Latino-Americana de Enfermagem no artigo intitulado Os impactos psicossociais da pandemia de COVID-19 entre mulheres assentadas: estudo longitudinal (OLIVEIRA *et al.*, 2023a).

De 1 a 2 SM*	06(46,2)
De 2 a 5 SM*	02(15,4)
Trabalho remunerado	
Sim	04(30,8)
Não	09(69,2)
Doenças Crônicas	
Transtorno Mental	04(30,8)
Outras	07(53,8)
Sem diagnóstico	02(15,4)
Teste positivo para COVID-19	
Sim	04(30,8)
Não	09(69,2)
Recebeu auxílio emergencial	
Sim	10(76,9)
Não	03(23,1)

Fonte: elaborado pela autora, 2023. *SM: Salário mínimo vigente em 2021 (R$ 1.100,00)

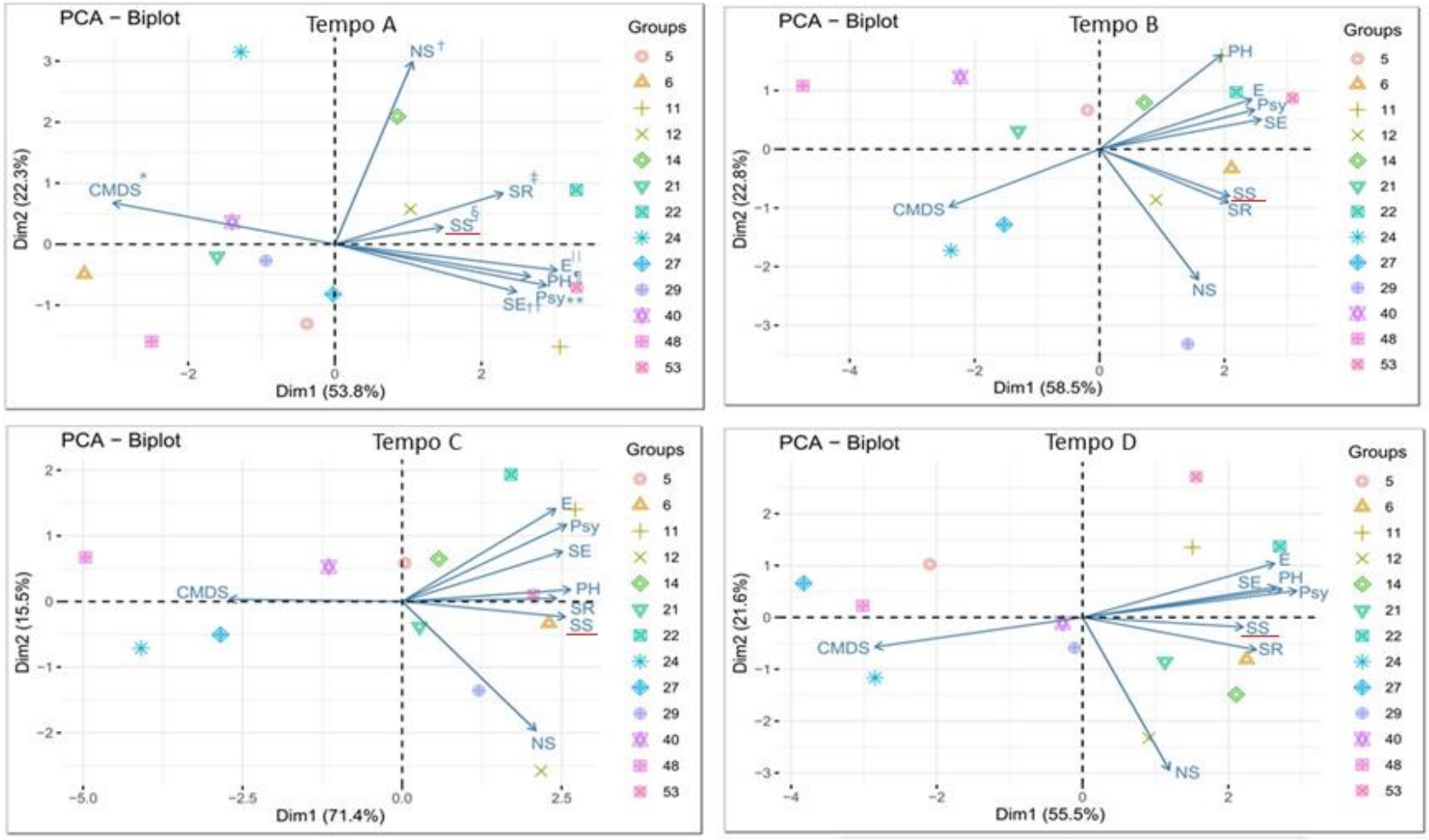
5.2 Possíveis impactos da pandemia de COVID-19 nas questões psicossociais

O comportamento das variáveis frente à análise de componentes principais conferiu um quadro bem específico sobre o perfil psicossocial das participantes durante o seguimento proposto. Baseado na relação inversa entre sofrimento psíquico (sigla CMDS que corresponde à variável TMC) e percepção do ambiente social (conjunto das siglas NS, SR, SS, E, PH, Psy, SE - que correspondem aos domínios da QV, número e satisfação com o apoio e autoeficácia) identificada a partir das análises estabeleceu-se dois agrupamentos: 1) mulheres com sofrimento psíquico mais intenso e 2) mulheres com percepção mais promissora sobre o ambiente social. Vale destacar que a variável satisfação com o apoio foi um componente importante para a discriminação de tais grupos.

Conforme pode ser observado na figura 3, no tempo A do seguimento longitudinal oito mulheres apresentavam perfil correspondente ao agrupamento 1 (símbolos impressos nos quadrantes próximos à sigla CDMS) e cinco mulheres com perfil correspondente ao agrupamento 2 (símbolos impressos nos quadrantes do conjunto das siglas que configuram a intitulada “percepção sobre o ambiente social”)

No tempo B o número de mulheres com o perfil para o agrupamento 1 reduziu para seis e nos tempos C e D para quatro, denotando uma melhora gradativa do quesito sofrimento psíquico. Concomitantemente mais participantes aproximaram-se do perfil correspondente ao agrupamento 2, corroborando a relação inversa entre estes componentes.

Figura 3 - Distribuição das participantes em função dos indicadores psicossociais analisados. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021.(n = 13).



Fonte: elaborado pela autora, 2023. *CMDS = Sintomas de transtorno mental comum; †NS = Número de apoiadores; ‡SR = Domínio das relações sociais; §SS = Satisfação com o apoio; ||E = Domínio do meio ambiente; ¶PH = Domínio físico; **Psy = Domínio psicológico; ††SE = Autoeficácia

Em relação ao efeito do tempo nas variáveis psicossociais analisadas, identificou-se uma interação significativa entre grupo e tempo somente para o domínio físico da QV, o que indicou a existência de um efeito combinado do tempo e dos grupos na percepção das participantes em relação ao domínio físico. Ou seja, nas diferentes fases avaliadas (A, B, C e D), observaram-se diferenças significativas para os dois grupos: as mulheres do grupo 1 (mulheres com sofrimento psíquico mais intenso) pioraram sua percepção sobre a qualidade deste domínio ao longo do tempo; e as do grupo 2 (mulheres com percepção mais promissora sobre o ambiente social) melhoraram em relação ao domínio físico (tabela 3).

Já em relação ao domínio psicológico da QV, não houve interação significativa entre grupo e tempo, mas foi identificado um efeito isolado do tempo e do grupo, isto é, nas diferentes fases avaliadas, as mulheres com perfis correspondentes ao agrupamento 1 apresentaram piores escores neste domínio do que as do agrupamento 2, no entanto em ambos os grupos a percepção sobre a qualidade deste domínio aumentou ao longo do tempo (tabela 3).

Nos domínios relações sociais e meio ambiente da QV bem como os demais indicadores do conjunto “ambiente social” (satisfação com o apoio social, autoeficácia) e “sofrimento psíquico” (sintomas de TMC) houve efeito significativo apenas do grupo, ou seja, independentemente da fase analisada, o grupo 1 (mulheres com sofrimento psíquico mais intenso) diferiu do grupo 2 (mulheres com percepção mais promissora sobre o ambiente social). O número de apoiadores não apresentou significância ($p>0.05$) quando analisados os grupos 1 e 2 em função das quatro fases analisadas (tabela 3).

Tabela 3 - Análise da ANOVA com médias e teste de Tukey. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=13).

Tempo	**Físico***			**Psicológico***			**Relações Sociais***			**Meio Ambiente***		
	Grupo 1	Grupo 2	Média**	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média
A	45.83 A b	64.29 A a	55.06	49.30	64.58	56.94 B	62.50	66.67	64.58 A	47.40	67.19	57.29 A
B	30.95 A b	81.55 A a	56.25	53.47	75.00	64.24 AB	61.11	84.72	72.92 A	41.15	74.48	57.82 A
C	40.48 A b	75.00 A a	57.74	46.53	75.70	61.11 AB	51.39	84.72	68.06 A	39.06	70.32	54.69 A
D	36.90 A b	83.93 A a	60.42	54.17	86.81	70.49 A	65.28	79.17	72.22 A	38.54	72.92	55.73 A
Média**	38.54	76.19		50.87 b	75.52 a		60.07 b	78.82 a		41.54 b	71.23 a	
ANOVA												
Grupo		9.25†			6.18†			5.87†			10.12†	
Tempo		2.01‡			4.12†			2.36‡			1.22‡	
Grupo*Tempo		4.79†			2.22‡			2.01‡			2.09‡	
CV%§ (a)		32			21			20			22	
CV% (b)		9			11			15			8	

Tempo	**Satisfação com o apoio***			**Número de apoiadores***			**Autoeficácia***			**Sintomas TMC‖***		
	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média
A	4.25	5.61	4.93 A	6.00	6.33	6.17 A	30.17	34.33	32.25 A	12.67	7.33	10.00 A
B	4.92	5.86	5.39 A	5.67	5.00	5.33 A	29.17	36.33	32.75 A	13.17	6.50	9.83 A
C	4.08	5.89	4.99 A	4.67	5.00	4.83 A	25.50	36.17	30.83 A	12.33	6.00	9.17 A
D	4.28	5.92	5.10 A	4.83	4.83	4.83 A	25.67	37.17	31.42 A	11.17	6.00	8.58 A
Média	4.38 b	5.82 a		5.29 a	5.29 a		27.63 b	36.00 a		12.33 a	6.46 b	
ANOVA												
Grupo		6.79†			1.87‡			7.12†			5.58†	
Tempo		2.34‡			1.76‡			2.02‡			1.11‡	
Grupo*Tempo		2.62‡			1.58‡			2.21‡			1.11‡	
CV% (a)		15			26			15			39	
CV% (b)		4			12			6			14	

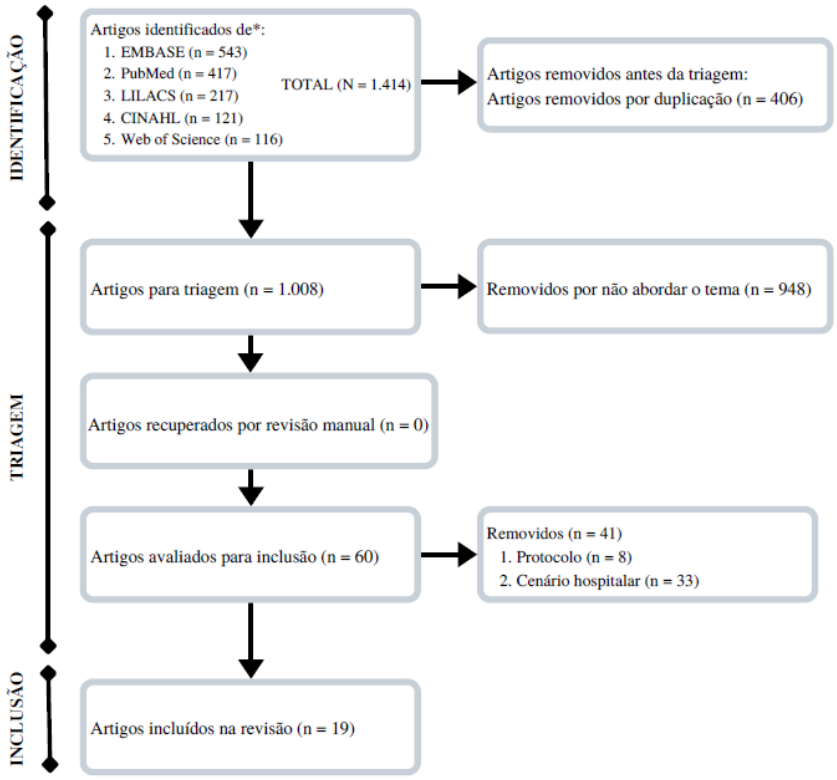
Fonte: elaborado pela profissional de estatística, 2023.*Dados foram transformados (Box-cos) - os valores arredondados de lambda (λ) da transformação de Box-cos para os dados nos diferentes tempos (A, B, C e D) são respectivamente: Físico: 0,00; 0,50; 0,50; 0,50; Psicológico: 0,00; 0,00; 0,50; 0,50; Relações sociais: 0,00; 0,00; 1,00; 1,00; Meio ambiente: 0,00; 0,50; 0,50; 1,00; Satisfação com o apoio: 0,50; 0,50; 1,00; -1,00; Número de apoiadores: -1,00; 0,50; -1,00; 0,50; Autoeficácia: 0,50; 0,50; 0,50; 0,50; Sintomas TMC: 0,50; 0,50; 0,50; 0,00; λ = 0,50 (transformação utilizada: raiz quadrada); λ = 0,00 (transformação utilizada: log natural); λ = 1,00 (sem transformação); λ = -1,00 (transformação inversa: valor transformado = 1 / valor original), †significativo a 5%; ‡não significativo (p>0.05) pelo teste de Tukey; §CV% = Coeficiente de Variação; ‖TMC = Transtorno Mental Comum. **As médias foram comparadas com letras maiúsculas nas colunas e minúsculas nas linhas.

5.3 As evidências que se constituíram como base para o desenvolvimento do programa

5.3.1 Revisão integrativa: abordagens de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde

No total, foram identificadas 1.414 publicações. Após a exclusão das duplicatas, restaram 1.008 estudos dos quais 19 compuseram a amostra final (figura 4).

Figura 4 - Fluxograma PRISMA dos artigos selecionados (adaptado de Page *et al.*, 2021). Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n = 19).



Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A maioria dos estudos era ensaio clínico randomizado, nível de evidência 2 (tabela 4).

5.3.1.1 Aspectos gerais das abordagens avaliadas

Em relação à modalidade das abordagens, a maioria foi realizada presencialmente e com atividades individuais. O desenvolvimento das estratégias avaliadas foi embasado, predominantemente pelas técnicas cognitivo-comportamentais compreendendo o treinamento de habilidades sociais com foco nas relações e mudanças no estilo de vida, práticas para redução do estresse e para ativação comportamental, e ênfase na

psicoeducação. De acordo com as evidências apresentadas, tais abordagens têm se mostrado efetivas no tratamento de psicopatologias e na PSM, sendo consideradas simples e de baixo custo. Portanto, seu uso é fortemente recomendado, sobretudo nos serviços de saúde dos países de baixa e média renda cujos recursos da área necessitam ainda mais de otimização (ALCÁNTARA *et al.*, 2016; INDU *et al.*, 2018; IZQUIERDO *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2019; SELOHILWE *et al.*, 2019).

A maioria dos protocolos das abordagens apresentadas nos estudos revisados foi desenvolvida pelos respectivos autores das pesquisas e todos publicaram parcialmente seu protocolo; ou seja, a reprodução de tais abordagens por terceiros requer contato prévio com esses autores para acesso aos materiais e detalhes dos procedimentos necessários para aplicação dos mesmos. Esta é uma prática acadêmica comum, pois a maioria dos protocolos requer treinamento que garanta sua aplicação rigorosa e resolutiva em relação aos objetivos propostos (KENDALL; FRANK, 2018). Entende-se que mesmo que os protocolos tenham sido publicados parcialmente, eles são de grande importância para elucidar o avanço do conhecimento na área e influenciar a adoção de novas práticas de saúde mental em outros centros de cuidado e pesquisa.

Além disso, considerando que as barreiras culturais e linguísticas são fatores importantes a serem considerados para a universalização das práticas, especialmente no campo da saúde mental, tais publicações também podem servir para mobilizar esforços de outros grupos de pesquisa no sentido de estabelecer parcerias, adaptar os protocolos e transferir esse conhecimento para seus países de origem. Portanto, ressalta-se a necessidade de investimentos dos órgãos de pesquisa e saúde para fomentar tais esforços a fim de ampliar o leque de opções terapêuticas na área da saúde mental em todo o mundo, a exemplo dos projetos desenvolvidos pela OMS em relação ao Teste de Triagem de Envolvimento com Álcool, Tabagismo e Substâncias, Identificação de Transtornos por Uso de Álcool Teste, e suas respectivas intervenções breves que foram adaptadas e têm ampla adesão pelos profissionais nos diferentes países do mundo (WHO, 2001; 2010).

Adicionalmente foi verificado que a maioria das intervenções foram realizadas por profissionais da saúde com nível superior, com a predominância de enfermeiros. Esse resultado corrobora estudos que têm destacado o papel fundamental dessa profissão na APS e no cuidado em saúde mental principalmente pelos fundamentos do relacionamento interpessoal enfatizados em sua formação e habilidades interprofissionais que propiciam a elaboração e efetivação de monitorização de planos de cuidados integrados (ALIAS *et*

al., 2021; ALMEIDA, J., *et al.*, 2020; CHARTIER *et al.*, 2015; ZIMMERMANN *et al.*, 2016).

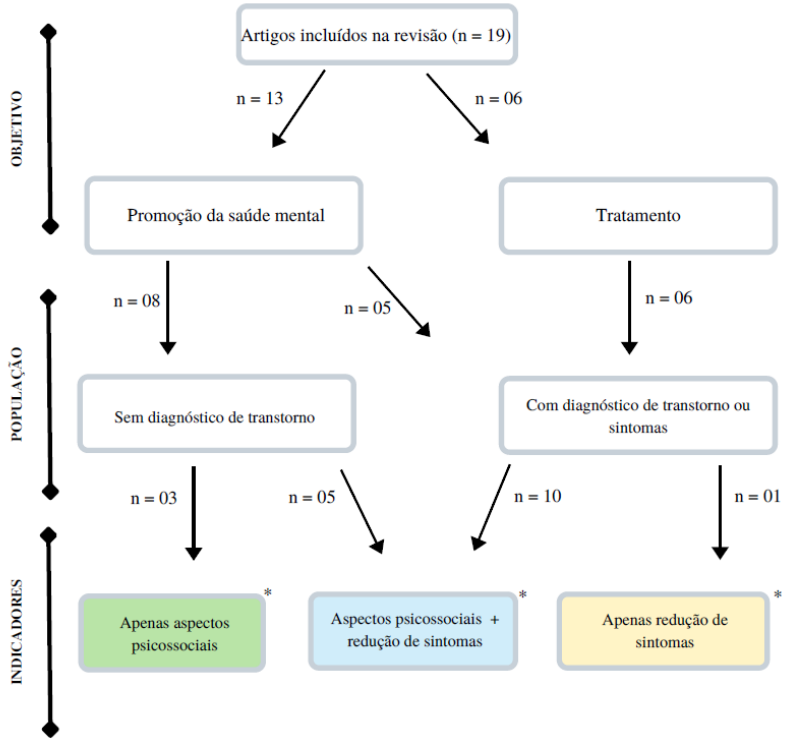
O amplo rol de práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, principalmente no campo da saúde mental, nem sempre é reconhecido por outras profissões ou mesmo pela sociedade em geral. Assim, considera-se de extrema importância a desmistificação do papel do enfermeiro, bem como ações que promovam a visibilidade desta profissão, como a Campanha Internacional Nursing Now (ALMEIDA, J., *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

5.3.1.2 Finalidade principal das abordagens avaliadas

Primeiramente, foi analisado o propósito da abordagem, considerando se o foco estava na redução dos sintomas psiquiátricos (tratamento) ou na melhoria dos aspectos psicossociais (promoção da saúde mental – ex. qualidade de vida, suporte social, bem-estar, resiliência, funcionamento social, autorregulação).

Em segundo lugar, considerou-se a população-alvo, nomeadamente pessoas com ou sem perturbação mental. Por fim, também foram considerados os indicadores de resultados utilizados nas avaliações, pois, assim como na segunda etapa da classificação, alguns estudos utilizaram a redução dos sintomas como indicador de resultado mesmo quando este não havia sido previsto como meta da abordagem. O fluxograma a seguir foi construído com detalhes específicos de cada uma das etapas desta classificação (figura 5).

Figura 5 - Fluxograma da categorização dos artigos. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=19).



Fonte: elaborado pela autora, 2023. *Os estudos estão especificados na tabela 4 de acordo com as cores.

Observou-se que o público alvo da maioria das abordagens eram pessoas com sintomas ou diagnóstico de transtorno mental. No entanto, a maioria das metas de tais abordagens era a promoção da saúde mental. Em relação aos indicadores de resultados, a redução dos sintomas e os aspectos psicossociais (por exemplo, qualidade de vida, suporte social, bem-estar, resiliência, funcionamento social, autorregulação) foram amplamente considerados. Os resultados das intervenções em geral foram promissores para a melhora dos aspectos psicossociais e para a redução dos sintomas (tabela 4).

Nesse sentido, ressalta-se que, mesmo nos estudos cujo objetivo do protocolo era reduzir os sintomas do transtorno, os aspectos psicossociais foram amplamente considerados, sugerindo que a concepção de saúde mental tem transcendido o modelo biomédico de saúde (ALIAS *et al.* , 2021; CHARTIER *et al.*, 2015; FÉRRE-GRAU *et al.*, 2021; GARVEY *et al.*, 2015; HIRANI *et al.*, 2018; HONE; MACINKO; MILLETT, 2018; MIKLAVCIC *et al.*, 2020; ORRELL *et al.*, 2017; SELOHILWE *et al.*, 2019; SUMNER *et al.*, 2021; TROMBKA *et al.*, 2021).

Além disso, as evidências do sucesso das intervenções na redução dos sintomas certamente refletem o conhecimento bem consolidado sobre os critérios diagnósticos, o rastreamento e a avaliação do curso e manejo dos sintomas de transtornos mentais. Assim, entende-se que tais conhecimentos podem ser efetivamente repassados pelos profissionais especializados para as equipes da APS por meio de práticas colaborativas visando diminuir o *gap* na assistência aos problemas relacionados à saúde mental das populações (KOHN *et al.*, 2018; ALMEIDA, M., *et al.*, 2020; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Por outro lado, o fato de a maioria das abordagens ter sido testada em indivíduos com diagnósticos ou sintomas de algum transtorno mental indica a necessidade de ampliar o escopo e desenvolver estudos voltados para a população em geral, considerando o papel e a relevância das ações de PSM para o aprimoramento do bem-estar nos diferentes grupos populacionais.

Portanto, é muito importante que os serviços de APS, independentemente do diagnóstico formal do transtorno, levem em consideração a melhora do funcionamento social do indivíduo e sua capacidade de lidar com suas emoções e estabelecer relações sociais construtivas, em detrimento da priorização do atendimento centrado no modelo biomédico. Portanto, o fato dos estudos considerarem amplamente os aspectos psicossociais é de grande relevância, pois sinalizam um incremento na concepção de saúde mental que pode se refletir positivamente na prática profissional nos diferentes *settings* de atenção à saúde.

Tabela 4 - Características das intervenções dos estudos selecionados*. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=9).

Autor (Ano) País	Abordagens	Variáveis desfechos	Resultados
Ferré-Grau *et al.* (2021)§ Espanha	Estratégia de promoção de saúde mental baseada no modelo de avaliação positiva de saúde mental de Lluch-Canut para cuidadores não profissionais. - Enfermeiras† - Candidatura *online* (individual) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Saúde mental positiva e sobrecarga do cuidador.	Melhoria da saúde mental positiva.
Hirani *et al.* (2018)§ Paquistão	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria do estresse para mulheres. - Agente Comunitário de Saúde † - Presencial (grupo) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Resiliência e qualidade de vida.	Melhor resiliência e maior percepção das mulheres sobre sua capacidade de melhorar suas vidas.
Chartier *et al.* (2015)‖ Canadá	Estratégia de promoção de saúde mental baseada no modelo de dupla continuação de Keyes para mulheres (pós-parto). - Profissionais não especializados e enfermeiros† - Presencial (visita domiciliar) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Bem-estar.	As mulheres relataram a expansão do conhecimento e da conscientização sobre os suportes de saúde mental, bem como o valor do bem-estar individual e do autocuidado. Avaliaram a estratégia como aceitável e útil.
Sumner *et al.* (2021)¶ Reino Unido	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na prescrição social para adultos. - Artista† - Presencial (grupo) - Protocolo adaptado de intervenção anterior	Sintomas de depressão, ansiedade e bem-estar.	Diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão e melhora do bem-estar.
Alias *et al.* (2021)§ Espanha	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria do Capital Social para idosos. - Enfermeiros, assistentes sociais e clínicos gerais† - Presencial (grupo)	Autopercepção de saúde, qualidade de vida, autogestão, alfabetização em saúde, capital social, saúde mental e uso de serviços de saúde.	Melhora da autopercepção de saúde, alfabetização em saúde e qualidade de vida. Diminuição da solidão e sintomas de depressão.

	- Protocolo desenvolvido pelos autores		
Miklavcic *et al.* (2020)[§] Canadá	Estratégia de promoção de saúde mental baseada na Teoria Social Cognitiva de Bandura para idosos com doenças crônicas. - Enfermeiros e nutricionistas† - Presencial (grupo e visita domiciliar) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Sintomas de depressão, ansiedade, autoeficácia, autogestão, saúde física, saúde mental e uso de serviços de saúde.	Não foi observada melhora em nenhum dos aspectos avaliados.
Orrell *et al.* (2017)[§] Reino Unido	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na terapia de estimulação cognitiva para idosos com demência e seus cuidadores. - Enfermeiros de saúde mental, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e assistentes de pesquisa† - Presencial (individual) - Protocolo adaptado de intervenção anterior	Cognição, qualidade de vida, qualidade de vida específica para demência, sintomas neuropsiquiátricos, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade da relação cuidador-paciente. Para o cuidador, foi verificado o estado geral de saúde, sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e resiliência.	Melhoria da relação cuidador-paciente e da qualidade de vida dos cuidadores.
Garvey *et al.* (2015)[§] Irlanda	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria da autoeficácia de Bandura para adultos com doenças crônicas. - Terapeuta ocupacional† - Presencial (grupo) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Capacidade funcional, satisfação e frequência nas atividades, autoeficácia no manejo da morbidade, qualidade de vida, ansiedade e sintomas de depressão. Registros médicos sobre o número de consultas médicas de família, consultas de enfermagem e internações hospitalares.	Melhora no índice de atividade, capacidade funcional, envolvimento positivo e ativo na vida e qualidade de vida.
Selohilwe *et al.* (2019)[¶] África do Sul	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria cognitivo-comportamental para adultos com diagnóstico de depressão. - Conselheiros leigos de saúde e psicólogos† - Presencial (em grupo ou individual) - Protocolo adaptado de intervenção anterior	Sintomas depressivos, suporte social percebido, capacidade funcional e o impacto do estigma internalizado nas doenças psiquiátricas.	Melhora da capacidade funcional.

Trombka *et al.* (2021)[**] Estados Unidos da América	Estratégia de promoção de saúde mental baseada em *mindfulness* para adultos com ansiedade, depressão ou estresse. - Médico de cuidados primários; líder do grupo de *mindfulness* e psiquiatra† - Presencial e *online* (individual) - Protocolo adaptado de intervenção anterior	Sintomas de ansiedade, depressão, desregulação emocional, autocompaixão, interocepção e consciência interoceptiva e alterações de comportamento de saúde.	Diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, melhora da regulação emocional, *mindfulness*, autocompaixão e consciência interoceptiva. Mudanças positivas nos comportamentos de saúde.
Moreno-Peral *et al.* (2021)[§] Espanha	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria biopsicossocial para adultos em risco de depressão. - Médico generalista† - Presencial e *online* (individual) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Sintomas de depressão e ansiedade.	Diminuição dos sintomas de ansiedade.
Dias *et al.* (2019)[§] Índia	Estratégia de promoção da saúde mental baseada na teoria cognitivo-comportamental para idosos com sintomas de depressão. - Conselheiros leigos de saúde† - Presencial (individual) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Episódios depressivos graves, capacidade funcional e cognição. Alterações na pressão arterial e índice de massa corporal.	Redução de episódios graves de depressão.
Zimmermann *et al.* (2016)[§] Alemanha	Estratégia de promoção de saúde mental baseada em técnicas de gerenciamento de casos e aconselhamento para adultos com escores indicativos de algum transtorno. - Enfermeiros† - Presencial (individual) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Autoeficácia, ansiedade, depressão, somatização dos sintomas, qualidade de vida, capacidade de lidar com a doença.	Melhora da autoeficácia e redução dos sintomas de depressão.
Gili *et al.* (2020)[§] Espanha	Estratégias baseadas em psicoeducação, afeto positivo e *mindfulness* para reduzir sintomas depressivos em adultos. - Psicólogo e clínico geral†	Sintomas de depressão, qualidade de vida, capacidade funcional, bem-estar geral, afeto positivo e negativo.	Diminuição dos sintomas de depressão, melhora da qualidade de vida e bem-estar geral.

	- *Online* (individual) - Protocolo desenvolvido pelos autores		
Rahman *et al.* (2019)[§] Paquistão	Estratégia baseada na técnica de resolução de problemas para redução de sintomas em mulheres com sofrimento psíquico. - Mulheres não especialistas trabalhando em parceria com agentes comunitários de saúde locais† - Presencial (grupo) - Protocolo adaptado de intervenção anterior	Sintomas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), capacidade funcional, suporte social percebido e prevalência de transtornos depressivos.	Diminuição dos sintomas de TEPT, ansiedade e depressão e melhora da capacidade funcional.
Indu *et al.* (2018)[§] Índia	Estratégia baseada na teoria cognitivo-comportamental para reduzir a gravidade da depressão em mulheres. - Enfermeiros† - Presencial (grupo) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Sintomas depressivos e qualidade de vida.	Redução dos sintomas de depressão e melhora da qualidade de vida
Izquierdo *et al.* (2018)[§] Estados Unidos da América	Estratégia baseada na teoria cognitivo-comportamental para tratar a depressão em adultos com sintomas. - Enfermeira, psicóloga, psiquiatra, equipe de apoio e administradora de serviços comunitários† - Presencial (grupo) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Qualidade de vida, sintomas de depressão, autorrelato de uso de serviços multissetoriais, bem-estar mental, risco de viver na rua e nível de atividade física.	Melhor qualidade de vida.
Engel *et al.* (2016)[§] Estados Unidos da América	Estratégia baseada no cuidado colaborativo no tratamento de militares com TEPT e/ou depressão. - Profissionais não especializados em saúde mental†‡ - Chamadas telefônicas (individuais) - Protocolo desenvolvido pelos autores	Sintomas depressivos, TEPT, tentativa de suicídio, sintomas físicos, intensidade e interferência da dor, abuso de álcool e qualidade de vida relacionada à saúde física e mental.	Redução de sintomas físicos, TEPT, depressão, tentativas de suicídio e melhora da saúde mental.
Alcántara *et al.* (2016) [§]	Estratégia baseada na teoria cognitivo-comportamental para redução dos sintomas de ansiedade em adultos.	Sintomas de preocupação.	Redução da preocupação.

Estados Unidos da América	- Profissional de saúde mental†‡ - Atendimentos presenciais e telefônicos (individuais) - Protocolo desenvolvido pelos autores

Fonte: elaborado pela autora, 2023 *As cores referem-se aos grupos listados no fluxograma da figura 5; † Profissional que realizou a atividade; ‡ Esses estudos não especificaram a disciplina dos profissionais que conduziram as intervenções; §Ensaio de controle randomizado (nível de evidência 2); ||Tipo de estudo de caso qualitativo (nível de evidência 6); ¶Estudo de coorte observacional (nível de evidência 4); ** Ensaio clínico não randomizado (nível de evidência 3).

5.3.1.3 Viabilidade técnica e operacional das abordagens avaliadas

Quanto à viabilidade das abordagens apresentadas nos estudos revisados foram considerados para analisá-la, principalmente os itens correspondentes à população-alvo e às competências dos profissionais que costumam compor as equipes dos serviços de APS. Nesse sentido, identificou-se que as intervenções propostas se mostraram viáveis para implementação tanto em países de renda alta, quanto nos de média e baixa, uma vez que a população-alvo (cuidadores não profissionais, idosos, mulheres vulneráveis, adultos com sintomas de transtornos ou com doenças crônicas) e os profissionais que as realizaram, comumente compõem as equipes de tais serviços. No entanto, a maioria das teorias que embasaram tais intervenções não fazem parte da formação de profissionais generalistas, sinalizando a necessidade de treinamento prévio, bem como a importância da parceria entre equipes de APS e serviços especializados (KENDALL; FRANK, 2018; KOHN *et al.*, 2018; ALMEIDA, M., *et al.*, 2020; SILVA; BEZERRA, 2018).

5.3.1.4 Algumas considerações sobre a RI empreendida

Em conclusão, os achados da presente revisão indicam que muitos estudos com nível de evidência suficiente foram desenvolvidos o que contribui para o avanço do conhecimento na área de saúde mental e ajuda a ampliar o rol de opções terapêuticas e não farmacológicas para os profissionais da APS que desejam ampliar suas ações em saúde mental.

No entanto, em termos de tradução do conhecimento, algumas barreiras de caráter acadêmico, cultural e linguístico são identificadas, mas têm grande potencial a serem superadas se as agências de saúde nacionais e internacionais fizerem investimentos institucionais e decretarem políticas de indução para promover a tradução, adaptação cultural e facilitação de acesso a materiais e protocolos.

Além disso, em relação à ênfase dos estudos, mesmo com critérios específicos, não foi possível delimitar uma classificação única para as intervenções, pois aquelas voltadas para a redução de sintomas tiveram intersecção com aspectos psicossociais e vice-versa, o que denota uma concepção ampliada de saúde mental. Entretanto, a população com algum diagnóstico ou sintomatologia de transtornos mentais ainda é alvo da maioria das intervenções. Nesse sentido, em termos de estudos futuros, sugere-se que sejam desenvolvidas intervenções voltadas para a população em geral para aumentar e fortalecer seus próprios recursos de enfrentamento junto com o reconhecimento e desenvolvimento de suas habilidades sociais.

É importante destacar algumas limitações desta RI, incluindo a possibilidade de algumas publicações relevantes não terem sido recuperadas com a estratégia de busca adotada, apesar do uso de métodos de busca sistemática e etapas iterativas para minimizar omissões. Além disso, a subjetividade na escolha dos critérios de inclusão e na consideração da relevância dos artigos para esta revisão são limitações a serem consideradas. Por fim, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos não foi alvo desta revisão, fato que pode prejudicar o uso dos resultados para propor políticas públicas ou mudanças na prática clínica.

5.3.2 Revisão de escopo: abordagens de saúde mental via telefone:

O uso do telefone tem sido difundido em intervenções com foco na saúde mental, isso porque o telefone é um meio de comunicação de fácil acesso e confiável, sendo apontado por estudos como uma ferramenta que contribui para suprir algumas lacunas que o atendimento presencial apresenta, como a capacitação insuficiente dos profissionais, a sobrecarga do sistema, o déficit de trabalho interprofissional, o espaço físico inadequado, a diminuição de recursos e o medo do estigma que muitos pacientes enfrentam por realizar uma atividade de saúde mental (WATZKE *et al.*, 2017; STAMM *et al.*, 2018; CASTRO *et al.*, 2020).

Estratégias relacionadas à saúde mental com esta modalidade de atendimento têm sido utilizadas e descritas em estudos desenvolvidos em diferentes países como Estados Unidos da América (ALEGRÍA *et al.*, 2014; ALCÁNTARA *et al.*, 2016; ENGEL *et al.*, 2016; KIRKNESS *et al.*, 2017), Suíça (HALLER; BESSON; WATZKE, 2019), Reino Unido (GILBODY *et al.*, 2017) e Brasil (STAMM *et al.*, 2018), com populações diversas como pacientes com depressão (ALEGRÍA *et al.*, 2014; ALCÁNTARA *et al.*, 2016; GILBODY *et al.*, 2017; HALLER; BESSON; WATZKE, 2019), militares com TEPT (ENGEL *et al.*, 2016) e pacientes com doenças crônicas como câncer (STAMM *et al.*, 2018) e acidente vascular cerebral (KIRKNESS *et al.*, 2017).

Os resultados dessas abordagens têm se mostrado benéficos e eficazes, com redução significativa dos sintomas depressivos, de preocupação, de TEPT, de ansiedade, na melhoria da saúde física, no funcionamento da saúde mental e em redução das ideações suicidas, além dos participantes referirem maior satisfação com o tratamento (ALEGRÍA *et al.*, 2014; ALCÁNTARA *et al.*, 2016; ENGEL *et al.*, 2016; GILBODY *et al.*, 2017; STAMM *et al.*, 2018; HALLER; BESSON; WATZKE, 2019; CASTRO *et al.*, 2020).

Ademais, os estudos destacam que a implementação deste tipo de atendimento deve ser considerada nos diferentes centros de saúde, principalmente em ambientes de APS, pois se

apresenta como um recurso importante para a ampliação do limite de ação da equipe de saúde, pela sua acessibilidade e custo, além da já comprovada eficácia também no que concerne à saúde mental de alguns grupos (ALEGRÍA *et al.*, 2014; ALCÁNTARA *et al.*, 2016; GILBODY *et al.*, 2017; KIRKNESS *et al.*, 2017; STAMM *et al.*, 2018).

Nesse sentido, entende-se que uma intervenção por telefone é atrativa e com potencial de proporcionar benefícios ímpares tanto para o profissional quanto para o usuário, como a facilidade, enfrentamento de estigma, baixo custo, entre outros já expostos. No contexto da pandemia de COVID-19 se tornou uma estratégia ainda mais viável de ser utilizada pelos serviços de saúde tanto para o monitoramento dos casos e encaminhamentos, quanto para teleconsultas e continuidade dos serviços essenciais (OPAS, 2020).

Sendo assim, entende-se que empreender ações de fácil acesso, como as abordagens via telefone, que considerem também aspectos mais subjetivos e relacionais da saúde mental especificamente para mulheres de assentamentos rurais é de suma importância para ampliar o escopo de evidências e rol de opções terapêuticas com vistas à PSM de grupos específicos.

5.4 Descrição do programa e sua implementação

O embasamento teórico das abordagens foram as técnicas cognitivas comportamentais (DAVID; FREEMAN; 2015; STEFAN *et al.*, 2019; BECK, 2022) bem como as proposições e aconselhamentos oriundos das teorias de enfermagem psiquiátrica (TOWNSEND, 2014; WAIDMAN; STEFANELLI; JOUCLAS, 1998).

O programa contém três módulos e um caderno de exercícios. Os temas abordados são 1) identificação dos sentimentos, 2) convivência com as pessoas, 3) subjetividade. A abordagem é realizada por meio de três ligações, que duram em média 11 minutos cada com intervalo semanal. Durante a ligação primeiramente é realizada a explanação do tema, em seguida a participante é convidada a refletir sobre o mesmo a partir da realização de uma atividade do caderno de exercícios, na ligação posterior a participante é convidada a falar sobre o exercício, proporciona-se ao menos um *feedback* positivo e um aconselhamento para mudança de comportamento. Todas as orientações, explicações e aconselhamentos a serem proporcionados pelo profissional estão literalmente descritos no protocolo no qual adotou-se linguagem clara, objetiva e acessível aos diferentes grupos populacionais.

Quanto ao caderno de exercícios (conjunto de tarefas para o indivíduo praticar em casa o que está aprendendo nas seções) (BECK, 2022), foi nomeado como “Passatempo sentiMental”, conta com seis propostas de atividades relacionadas às três temáticas

anteriormente descritas, intercalando o técnico e o lúdico. Sua elaboração contou com a colaboração do cartunista Alexandre Beck e encontra-se em fase de registro junto à Biblioteca Nacional.

5.5 Implementação, avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental

5.5.1 Viabilidade do programa de promoção da saúde mental desenvolvido nesta tese

5.5.1.1. As participantes

Em relação às características sociodemográficas das participantes do programa não houve diferença entre os dois grupos (grupo 1- mulheres que completaram o programa; grupo 2- mulheres que não completaram). Destaca-se que dentre as mulheres do grupo 1 a maioria declarou-se preta ou parda, evangélica, estar casada ou em uma união estável, ter filhos, escolaridade abaixo do ensino superior, renda menor que dois salários mínimos e não exercer trabalho remunerado (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das participantes de acordo com as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

Participantes	Grupo 1 (n=23)	Grupo 2 (n=8)	p valor
Idade			0,821
Mediana (mínimo e máximo)	42 (19-60)	40 (27-57)	
Cor			1,000
Branca ou Amarela	7(30,4)	2 (25)	
Preta ou Parda	16(69,6)	6(75)	
Religião			0,405
Católica ou outra	7(30,4)	4(50)	
Protestante ou evangélica	16(69,6)	4(50)	
União Estável			
Sim	15(65,2)	4(50)	
Não	8(34,8)	4(50)	
Filhos			0,576
Mediana (mínimo e máximo)	2(0-4)	2(1-5)	
Sim	20(87,0)	8(100)	
Não	3(13,0)	0(0)	

Escolaridade			0,685
Ensino Fundamental	11(47,8)	4(50)	
Ensino Médio	10(43,5)	4(50)	
Ensino Superior	2(8,7)	0(0)	
Renda mensal familiar			0,929
Menos que 1 SM*	9(39,1)	3(37,5)	
De 1 a 2 SM	10(43,5)	4(50)	
De 2 a 5 SM	4(17,4)	1(12,5)	
Trabalho remunerado			0,689
Sim	9(39,1)	4(50)	
Não	14(60,9)	4(50)	

Fonte: elaborado pela autora, 2023. *SM: Salário mínimo vigente em 2021 (R$ 1.100,00)

5.5.1.2 As questões psicossociais das participantes

Identificou-se que 60,9% das participantes que completaram o programa apresentavam escore indicativo de TMC na linha de base, e dentre as que não completaram, esse percentual foi de 62,5%, entretanto não houve diferença significante destes escores entre esses dois grupos. Para fins de interpretação, as questões do SRQ-20 foram categorizadas em quatro grandes grupos a) somática (questões 1, 2, 3, 7, 18, 19, 20); b) ansiedade (questões 4, 5, 6); c) ação/cognição (8, 11, 12, 13, 14, 16); d) emoção/volição (9, 10, 15, 17) e, dentre os sintomas mais prevalentes na amostra estudada, sentir-se nervosa, tensa ou preocupada foi reportado por 82,6% das participantes do grupo 1 e por 100,0% das do grupo 2 (tabela 6).

Tabela 6 - Escore indicativo de TMC e os fatores do SQR-20*. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

	Grupo 1 (n=23)				Grupo 2 (n=8)				p valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escore indicativo de TMC	14	60,9	9	39,1	5	62,5	3	37,5	1,000
*Fatores SQR – 20**									
Somática									
Você tem dores de cabeça frequente?	11	47,8	12	52,2	4	50	4	50	1,000
Tem falta de apetite?	9	39,1	14	60,9	1	12,5	7	87,5	0,222
Dorme mal?	14	60,9	9	39,1	4	50	4	50	0,689
Tem má digestão?	12	52,5	11	47,8	3	37,5	5	62,5	0,685
Sente-se cansada o tempo todo?	12	52,5	11	47,8	5	62,5	3	37,5	0,698
Você se cansa com facilidade?	16	69,6	7	30,4	5	62,5	3	37,5	1,000
Têm sensações desagradáveis no estômago?	12	52,5	11	47,8	4	50	4	50	1,000
Ansiedade									
Assusta-se com facilidade?	10	43,5	13	56,5	4	50	4	50	1,000
Tem tremores nas mãos?	7	30,4	16	69,6	5	62,5	3	37,5	0,206
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	19	82,6	4	17,4	8	100	0	0	0,550
Ação e cognição									
Tem dificuldades de pensar com clareza?	13	56,5	10	43,5	3	37,5	5	62,5	0,433
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	13	56,5	10	43,5	1	12,5	7	87,5	**0,045**
Tem dificuldades para tomar decisões?	14	60,9	9	39,1	2	25	6	75	0,113
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	6	26,1	17	73,9	2	25	6	75	1,000
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	2	8,7	21	91,3	1	12,5	7	87,5	1,000
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	5	21,7	18	78,3	2	25	6	75	1,000
Emoção/volição									
Tem se sentido triste ultimamente?	14	60,9	9	39,1	4	50	4	50	0,689
Tem chorado mais do que costume?	7	30,4	16	69,6	2	25	6	75	1,000
Tem perdido o interesse pelas coisas?	12	52,5	11	10,4	5	62,5	3	37,5	0,698
Tem tido ideia de acabar com a vida?	3	13	20	87	2	25	6	75	0,583

Fonte: as questões foram extraídas da escala SQR-20(MARI; WILLIAMS, 1986). *Subdivisão em fatores realizada pela autora.

Em relação às medidas de linha de base, em termos descritivos, as mulheres do grupo 1 apresentaram menores escores em relação a todos os domínios da qualidade de vida, satisfação com o apoio e número de apoiadores. No entanto, tais diferenças não foram estatisticamente significantes (tabela 7).

Tabela 7 – Comparação dos escores iniciais dos domínios da QV, do apoio social e da autoeficácia entre as participantes do grupo 1 e 2. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=31).

	Grupo 1 (n=23)	Grupo 2 (n=8)	p valor
	Mediana	Mediana	
Domínios da Qualidade de Vida			
Físico	57,14	69,65	0,769
Psicológico	54,17	70,83	0,803
Relações sociais	58,33	79,17	0,101
Meio ambiente	53,13	59,38	0,511
Apoio social			
Satisfação	5,33	5,83	0,139
Número de apoiadores	4,00	4,50	0,909
Autoeficácia	35,00	33,50	0,856

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

5.5.2 Efeito do programa de promoção da saúde mental

Identificou-se aumento gradativo dos escores nos períodos de *follow-up* nos domínios físico, psicológico e meio ambiente da QV, no entanto apenas o domínio físico apresentou aumento estatisticamente significante. No tocante aos escores de TMC observou-se um decréscimo gradativo e estatisticamente significante ao longo do seguimento (tabela 8).

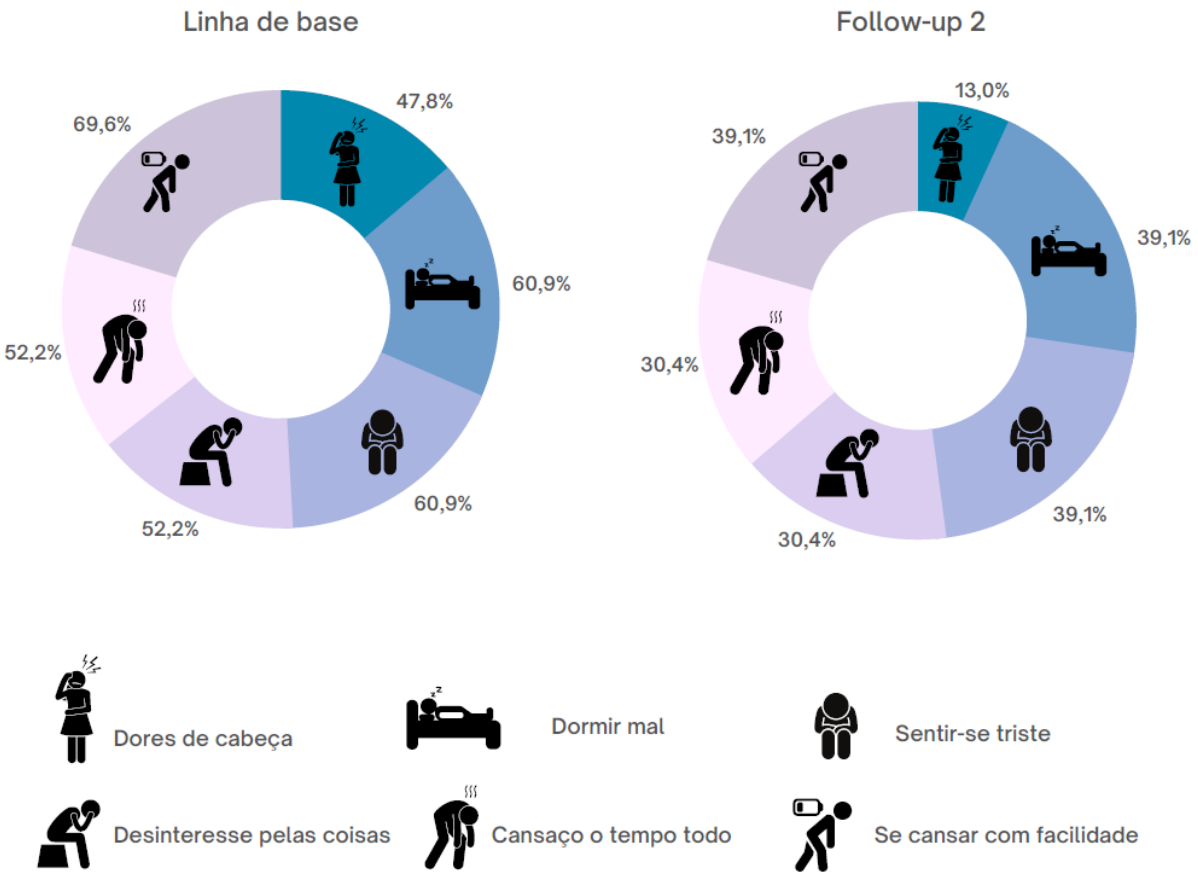
Tabela 8 – Resultados obtidos a partir do Friedman Test nos três momentos de avaliação. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=23).

	Linha de base		*Follow-up* 1		*Follow-up* 2			p valor
	Mediana	(min-máx)	Mediana	(min-máx)	Mediana	(min-máx)	X^2	
Domínios QV								
Físico	57,14	(10,71-96,43)	64,29	(3,57-96,43)	71,43	(14,29-92,86)	6,024	**0,049**
Psicológico	54,17	(37,50-95,83)	62,50	(16,67-91,67)	62,50	(25,00-95,83)	0,329	0,848
Relações sociais	58,33	(16,67-100,00)	58,33	(16,67-100,00)	66,67	(8,33-91,67)	1,452	0,484
Meio ambiente	53,13	(18,75-87,50)	53,13	(21,88-93,75)	59,38	(12,50-87,50)	3,639	0,162
Apoio Social								
Satisfação	5,33	(2,33-6,00)	5,33	(1,83-6,00)	5,17	(2,33-6,00)	0,560	0,756
Número de apoiadores	4,00	(2,00-11,00)	4,00	(1,00-12,00)	4,00	(2,00-11,00)	5,099	0,078
Autoeficácia	35,00	(11,00-39,00)	34,00	(20,00-40,00)	33,00	(17,00-39,00)	1,718	0,424
Sintomas TMC	9,00	(0,00-17,00)	6,00	(0,00-19,00)	5,00	(0,00-17,00)	12,900	**0,002**

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Na avaliação do *follow-up* 2 houve redução da prevalência de todos os sintomas que na linha de base figuravam como os mais prevalentes (figura 6).

Figura 6 – Sintomas de TMC mais prevalentes entre as mulheres que completaram o programa, medidas de linha de base e *follow-up* 2. Ribeirão Preto, SP, 2020-2021. (n=23).



Fonte: elaborado pela autora, 2023.

5.5.3 Avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental

5.5.3.1 Percepção das pesquisadoras

Do ponto de vista das pesquisadoras envolvidas no processo de desenvolvimento do programa, entendeu-se que o mesmo tem potencial de melhorar os resultados de saúde uma vez que seja adotado como parte da rotina dos serviços de APS. Isto é, configura-se numa opção útil para abordar a saúde mental das usuárias. Destaca-se que de modo geral os profissionais têm referido dificuldades em abordar essas questões (ALMEIDA, J., *et al*., 2020) e a própria

temática tende a ser, culturalmente, considerada com mais afinco quando há sintomas psiquiátricos claramente vigentes ou algum transtorno mental já instaurado. Desse modo, o uso deste programa pelos profissionais de saúde pode ajudar a transpor esses desafios, considerando as questões de saúde mental como um dos aspectos inerentes a todas as demais demandas de saúde.

Nesse sentido, vale destacar o papel da PSM também enquanto um componente importante a ser incorporado nas políticas e estratégias de redução da pobreza e de combate às vulnerabilidades sociais. A exemplo das questões identificadas no diagnóstico situacional, as mulheres da população estudada estavam mais suscetíveis à insegurança alimentar, careciam de estrutura e saneamento básico para sobrevivência, algumas referiram não receber gente em casa por vergonha, não ter uma atividade de lazer disponível e/ou tempo para realizá-la. Fatores que ilustram a relação existente entre as necessidades "materiais", psicológicas e sociais, corroborando a pertinência da proposição elencada.

5.5.3.2 *Feedback* das participantes

Todas as participantes avaliaram positivamente o programa e onze delas (85%) especificaram os benefícios percebidos, dentre os quais destacou-se a utilidade dos aspectos apreendidos. Algumas referiram esta utilidade de uma maneira mais geral:

> *Eu amei, me ajudou bastante (P5)*
>
> *Trabalho maravilhoso que me ajudou muito e pode ajudar muitas mulheres, mães, esposas, filhas. Obrigado (P22)*
>
> *Achei muito interessante as ligações, gosto de ouvir pessoas estudadas que sabem conversar com a gente, foi muito importante (P28).*

Outras, por sua vez, foram mais específicas em seus apontamentos, destacando as partes que mais gostaram das atividades e a aplicação dos aspectos apreendidos para resoluções da vida diária:

> *Foi de muita ajuda pra que eu entendesse que não sou obrigada a carregar o mundo nas costas, e não posso resolver tudo. Entendi que preciso pedir ajuda de vez em quando (P22)*
>
> *Me ajudou muito, pois muitas vezes a gente acha as coisas e não é aquilo que pensamos. Conversar sobre o assunto é muito válido, ouvir*

> *o próximo e ter nossas opiniões respeitando a do outro, isso me ajudou muito (P11).*
>
> *Sobre a atividade eu gostei de tudo, o que eu achei mas legal foi a revista e o conteúdo, me ajudou bastante pois estava numa fase bem difícil e com as conversas e o livro consegui organizar meus sentimentos (P1)*
>
> *Me fez refletir bastante sobre porque estou aqui, e para que vim ao mundo (P11)*
>
> *Foi muito bom, ajudou a pensar em coisas importantes para a minha vida, é sempre bom conversar com alguém que não está envolvido nas situações diárias (P40).*
>
> *Achei ótimo, ajudou a entender algumas coisas que eu estava passando (P30)*
>
> *O trabalho de vcs alivia muito a nossa vida, a mudança depende da gente (P21)*
>
> *Foi ótimo, maravilhoso tudo, às vezes a gente não consegue saber o que está acontecendo com a gente, mas você começa a fazer as atividades e começa a fazer reflexões sobre a vida e ajuda muito. Trouxe pensamentos do que sentimos (P48)*
>
> *Gostei de todo o conteúdo que nos faz parar pra pensar quem realmente somos e onde estamos. Me ajudou a ver a minha pessoa com outros olhos, procurar me amar mais, dar mais atenção a meu eu. Esse passatempo nos faz pensar o que estamos fazendo de errado com nosso corpo e mente (P2)*
>
> *Estou muito grata, pela atenção não conseguiria me reestabelecer sozinha, obrigada (P27)*

Algumas falas remeteram à possível aceitação do programa por outras pessoas:

> *Eu nunca tinha participado de uma atividade nesse modelo, acredito que outras pessoas iriam gostar dessas atividades (P11)*
>
> *Eu não tinha participado ainda de uma atividade como esta, foi a primeira vez, com certeza outras pessoas iriam gostar de receber (P1)*

Frente aos benefícios percebidos recomendaram que o programa seja oferecido para mais pessoas:

> *Espero que alcance mais pessoas (P29)*

> *Se possível fazer com que muitas outras mulheres conheça o trabalho (P2)*

5.5.3.2 Limitações do programa de promoção da saúde mental

A despeito de todos os benefícios identificados no programa cabe destacar que no entendimento das autoras o mesmo não é aplicável para pacientes com transtorno mental grave, sobretudo na fase aguda, dado o teor reflexivo que a abordagem contém.

Além disso, durante a aplicação do programa, o terceiro tema abordado suscitou às pesquisadoras, uma impressão de que, dada a complexidade do mesmo, incorre-se no risco de, se não bem compreendido pelo profissional que implementará a atividade, gerar entendimentos ambíguos e até mesmo não ser tão efetivo em termos de reflexões positivas, considerando as características das populações vulneráveis. Isto porque, a temática aborda questões de volição (vontades e desejos) que, dependendo dos esclarecimentos que forem necessários fornecer e de como o profissional se posicionar, pode implicar em uma reflexão voltada a desejos puramente materiais e não necessariamente com foco no desenvolvimento pessoal por essência, culminando em um direcionamento que pode evocar ainda mais as carências materiais do público-alvo.

A despeito dessas limitações entende-se que o programa atingiu o objetivo proposto em sua aplicação e no tocante à finalidade de ser útil aos profissionais da APS considera-se que sua implementação pode resultar em resultados positivos em relação à melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

6 DISCUSSÃO

6.1 As mulheres do estudo longitudinal e as especificidades relacionadas aos diferentes perfis psicossociais identificados

O perfil sociodemográfico da amostra estudada enfatiza as condições de vulnerabilidade social das participantes. Conforme apresentado nos resultados, duas participantes referiram renda familiar de mais de dois salários mínimos, quatro exerciam trabalho remunerado e dez atenderam aos critérios para o recebimento do auxílio emergencial, o que denota uma precária condição de vida que certamente se intensificou no período da pandemia, tendo em vista o aumento exponencial do desemprego e do custo de vida, que se desdobram em dificuldades, ainda maiores de aquisição dos itens básicos pelas pessoas mais pobres (HUNG *et al.*, 2021). Ademais, estudos realizados com populações de assentamento identificaram que a insegurança alimentar e financeira foi referida pelos participantes (HUQ *et al.*, 2021; MOTA; BEDRIKOW, 2021; PINCHOFF *et al.*, 2021), isto é, deveras a população de menor renda foi a que mais sofreu com os impactos da pandemia (GRECO *et al.*, 2021).

O fato da maioria das participantes ter se autodeclarado negra, ressalta a complexidade da intersecção gênero, raça e classe que exacerba sobremaneira as desigualdades e vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres. Além disso, muitas delas são as próprias provedoras do lar e as principais cuidadoras das crianças e pessoas idosas, o que expõe, desproporcionalmente, essas mulheres às consequências negativas da pandemia, fatores evidenciados também em estudos prévios (ALMEIDA, M., *et al.*, 2020; WENHAM; SMITH; MORGAN, 2020; HUNG *et al.*, 2021).

Ante o exposto, é importante destacar ações de solidariedade da própria sociedade civil, Organizações Não Governamentais e Universidades brasileiras, que ganharam força no período da pandemia, com vistas a minimizar as consequências negativas para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como doações de alimentos, roupas, remédios, itens de higiene, máscaras, além de campanhas de educação para a conscientização sobre os riscos da doença e a importância das medidas de proteção (SOARES *et al.*, 2020; SUDRÉ, 2020; GREPI, 2021).

Essas iniciativas se deram, também como resposta à ausência de políticas efetivas do governo para o combate da pandemia tanto no quesito de saúde pública quanto no econômico. Apesar de instituído o auxílio emergencial como forma de reparação de tais danos e como fruto da pressão e mobilização da sociedade, o processo no contexto brasileiro se deu de forma morosa e com diversos problemas em sua implementação, a saber: dificuldades de a população realizar o cadastro e ter acesso às tecnologias digitais para aquisição do auxílio; as longas filas

nas agências bancárias que geravam aglomeração; a precariedade dos recursos humanos, dentre outros (MARINS *et al.*, 2021), que possivelmente aumentaram a preocupação, a insegurança e o medo, afetando, consideravelmente, a saúde geral deste grupo, tornando-o, ainda mais vulnerável, inclusive, à infecção pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave .

Assim sendo, destaca-se a prevalência de 30,8% de infectadas na amostra estudada que, certamente, está relacionada a tais situações, conforme corroborado por estudos prévios (THE LANCET, 2020; CESTARI *et al.*, 2021). Tendo em vista os aspectos supracitados, depreende-se que os impactos de tal morbidade possam ter sido ainda piores quando se considera a possível apreensão dessas mulheres em contaminar os demais membros da família, principalmente, pelo fato de serem as principais cuidadoras em seus núcleos familiares como reportado anteriormente. Além disso, o diagnóstico positivo resulta no afastamento das atividades laborais o que, consequentemente, pode ter afetado a renda das mulheres que exerciam atividade remunerada. Ainda, as possíveis sequelas podem impactar consubstancialmente sua QV bem como repercutir negativamente na sua saúde conforme apontado por estudos prévios (AYAZ *et al.*, 2020; HUNG *et al.*, 2021).

Identificou-se nos resultados que as mulheres tinham discriminações bem demarcadas entre elas em termos psicossociais, sobretudo, no tocante à percepção do ambiente social (aspectos ambientais e relacionais). Nesse sentido, àquelas que percebiam este ambiente de forma mais positiva se mostraram menos vulneráveis ao sofrimento emocional nos períodos analisados. Esse resultado corrobora estudo prévio que avaliou os impactos da COVID-19 na saúde mental de mulheres em Hong Kong, e identificou que as mulheres com melhor percepção da QV e autoeficácia apresentaram sintomas emocionais negativos em menor intensidade (HUNG *et al.*, 2021). Considerando que a saúde mental abrange questões complexas e subjetivas, como a expressão das emoções, recursos de comunicação, de relacionamento e poder de barganha nas diferentes esferas da vida, entende-se que estratégias que enfatizam a promoção desses fatores são de extrema importância e devem ser priorizadas na construção de planejamentos de cuidado em saúde.

Cabe destacar que, na análise de agrupamentos, identificou-se a satisfação com o apoio como um componente importante para a discriminação dos grupos. No entanto, o número de apoiadores não apresentou efeito importante em relação aos desfechos considerados. Entende-se que tal resultado pode refletir o papel de moderação, e não necessariamente de efeito direto da variável apoio social conforme apontado em estudos prévios, sobretudo, naqueles que

observaram o estresse percebido como desfecho (ROY *et al.*, 2020; SZKODY *et al.,* 2021). Além disso, as pesquisas sobre apoio social tendem a considerar, em maior dimensão, os atributos dos apoiadores (familiar, amigos, vizinhos, outros), o tipo de apoio (emocional, informacional, instrumental) e a satisfação com o mesmo (satisfeito, insatisfeito) (WU; SHENG, 2019; SZKODY *et al.,* 2021) do que o número de apoiadores propriamente dito. Em contrapartida, um estudo prévio no qual o número de apoiadores foi avaliado, também identificou que o quesito satisfação foi mais determinante de proteção psicossocial do que o número de apoiadores (GAINO *et al.*, 2019). Nesse sentido, o presente resultado corrobora as proposições destes estudos prévios e enfatiza a importância da satisfação com apoio como um construto a ser priorizado na implementação de estratégias de PSM.

6.2 Possíveis impactos da pandemia de COVID-19 nas questões psicossociais

Em relação ao impacto das diferentes fases da pandemia nos aspectos psicossociais analisados, os domínios físico e psicológico da QV apresentaram resultados significantes.

No domínio psicológico, observou-se aumento dos escores ao longo do tempo na amostra como um todo. Esse resultado diverge tanto do esperado para um período de pandemia quanto de resultados de estudos prévios realizados com a população, em geral, de países diversos (ISHIKAWA; KATO; KIUCHI, 2021; LIZANA *et al.*, 2021; PIEH *et al.*, 2021). Dessa forma, cabe destacar, em relação ao presente estudo: em primeiro lugar, as especificidades da amostra em termos de gênero e condição social; em segundo lugar, o caráter de longo prazo em termos de longitudinalidade e, também o fato de a coleta de dados ter se dado via contato telefônico.

No tocante às especificidades da amostra, hipotetiza-se que, enquanto o domínio psicológico abrange questões relacionadas aos sentimentos positivos e negativos, à autoestima, à imagem corporal e aparência, aos pensamentos, ao aprendizado, à concentração, à memória e às crenças pessoais (FLECK *et al.*, 2000), as emoções são influenciadas por múltiplos fatores tanto relacionados ao aspecto da vida mais privada quanto ao contexto social e comunitário. Nesse sentido, considerando a organização comunitária dos assentamentos, à medida que as pessoas enfrentam uma situação de calamidade pública tão duradoura como da pandemia da COVID-19, as relações tendem a se fortalecer e, consequentemente, as expressões de afeto, a se intensificar, o que pode resultar numa melhor percepção neste quesito.

Em relação à adoção de vários momentos de coleta de dados no seguimento, entende-se que tal opção metodológica, também pode ter interferido no resultado, uma vez que possibilitou acompanhar, de forma mais apurada, as oscilações dos escores nos diferentes períodos. Já no que diz respeito ao modo de coleta de dados, os resultados, também sugerem um possível efeito da interação da autora principal, que realizou a coleta dos dados com as participantes, pois o fato de se sentirem acompanhadas ao longo do tempo, bem como a certeza de que receberiam a ligação em momentos pré-estabelecidos, pode ter influenciado emocionalmente tais mulheres de alguma forma.

Entre as mulheres que apresentaram percepção mais positiva sobre o ambiente social (grupo 2), identificou-se aumento dos escores do domínio físico durante o seguimento, enquanto nas demais (grupo 1) houve diminuição destes. Este domínio da QV inclui questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (FLECK *et al.*, 2000). Assim, considerando, ainda a alta prevalência de COVID-19 na amostra estudada, podem-se considerar não surpreendentes os resultados de diminuição da QV neste domínio entre as mulheres mais vulneráveis.

É importante ressaltar que o acesso aos serviços de saúde brasileiros para toda a população no período da pandemia foi prejudicado devido às consultas e exames desmarcados e limitação dos cuidados apenas em caso de emergência. No caso específico da amostra estudada, houve um agravante, pois, a unidade de saúde localizada no assentamento foi fechada, e os profissionais realocados para a unidade da área urbana. Assim, o acesso ficou ainda mais dificultado tanto pela questão da pandemia e as limitações já impostas quanto pela distância e dificuldade de locomoção.

Piores resultados em termos de saúde física também refletem as questões relacionadas ao ciclo de vulnerabilidade e pobreza que perpetua e expande ainda mais as condições de risco de vida e saúde. Nesse sentido, a população mais pobre, com acesso mais precário aos serviços de saúde e que não tem condições de fazer os acompanhamentos necessários, geralmente, apresenta piores resultados de saúde, com consequências negativas nas questões de trabalho, renda e QV em geral (EGEDE; RUGGIERO; FRUEH, 2020; THE LANCET, 2020; WEINSTEIN *et al.*, 2021; CESTARI *et al.*, 2021).

Apesar dos demais aspectos não terem apresentado impacto significante ao longo do tempo, identificou-se uma divisão bem-demarcada dos conglomerados, de modo que as

mulheres com sofrimento psíquico mais intenso também apresentavam piores resultados no que tange aos aspectos psicossociais analisados ao longo de todo o seguimento. Cabe ressaltar que, em geral, estudos anteriores reportam que catástrofes em grande escala são comumente acompanhadas de piora das condições de saúde mental da população (EGEDE; RUGGIERO; FRUEH, 2020; DANESHFAR *et al*, 2021; PIEH *et al.*, 2021), logo, os grupos já vulnerabilizados por outras razões devem ter prioridade adicional nas políticas públicas de saúde e proteção social, sobretudo, nesses períodos.

Nesse sentido, entende-se que as mulheres assentadas são um grupo de extrema importância para se considerar, ao pensar em políticas e estratégias de promoção da saúde em geral. Isso porque, além da vulnerabilidade às questões socioeconômicas, raciais e de gênero, somam-se a esses fatores a insegurança em relação à moradia e às dificuldades provenientes de habitar em um assentamento, tais como: insegurança alimentar; desemprego; acesso precário aos serviços de saúde, de educação, de saneamento e de transporte (HUQ *et al.*, 2021; MOTA; BEDRIKOW, 2021; PINCHOFF *et al.*, 2021).

Ademais, o trabalho agrário, desenvolvido por parte dessas mulheres, exige maior esforço físico o que, consequentemente, afeta a capacidade funcional, que é um item do domínio físico. Além disso, esse trabalho sobrecarrega a saúde mental, pois a instabilidade da produção gera preocupações, medo e ansiedade sobre o seu meio de subsistência, que foram intensificados no período da pandemia conforme relatado por algumas participantes.

Os achados do presente estudo demonstram que, apesar dessa sobreposição de vulnerabilidades, a diferença na percepção sobre o ambiente social se mostrou como um fator de proteção em relação ao sofrimento psíquico, o que tem implicações importantes em termos da prática clínica, visto que ações de saúde em geral, que viabilizem também a melhoria do ambiente social das usuárias poderão se refletir de maneira importante nos resultados de saúde mental das mesmas.

Desse modo, em termos de recomendações para a prática, além das questões sobre melhoria do domínio físico e psicológico discutidas anteriormente, destaca-se a relevância de estratégias focadas no apoio social e na autoeficácia das mulheres vulneráveis. Sobre o apoio social, tem-se consolidado na literatura sua atuação como fator de proteção para melhores resultados nas questões de saúde mental (GAINO *et al.*, 2019; LABRAGUE; DE LOS SANTOS; FALGUERA, 2021; YENEN; ÇARKIT, 2021). A autoeficácia, por se tratar da crença do indivíduo em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de demandas e

enfrentar novas situações, também tem sido associada a resultados positivos de saúde mental (HUNG *et al.*, 2021; YENEN; ÇARKIT, 2021).

Além disso, estudos prévios desenvolvidos especificamente no período da pandemia identificaram que o apoio social retroalimenta a percepção de autoeficácia, pois uma rede de apoio de qualidade contribui para o compartilhamento de experiências que, por sua vez, pode resultar em informações, construção do autoconhecimento e compreensão individual, além do acesso a diferentes estratégias de enfrentamento, gerenciamento e ventilação das emoções (MO *et al.*, 2021; YENEN; ÇARKIT, 2021; WAHYUNI; RAHAYU; NURSALAM, 2021).

Esses fatores se tornam, ainda mais importantes quando se considera o fato de pesquisas prévias apontarem que o sofrimento mental de mulheres assentadas é intensificado devido ao fato de, muitas vezes, terem que silenciar seus sentimentos por não se sentirem acolhidas para compartilhá-los nem com sua rede de apoio, nem com profissionais da saúde (HUQ *et al.*, 2021; MOTA; BEDRIKOW, 2021). Desse modo, entende-se que, como os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, estão bem posicionados para o cuidado em saúde mental, a atenção a tais fatores na elaboração dos planejamentos de cuidados é essencial, principalmente em relação à atenção às mulheres assentadas no contexto da pandemia.

Ante o exposto, enfatiza-se a importância de estudos futuros considerarem as especificidades socioeconômicas, raciais, culturais e de gênero, a fim de ampliar o corpo de evidências que possam melhor embasar o desenvolvimento, a implementação e a avalição de estratégias de proteção social, promoção e prevenção em saúde entre as populações mais vulneráveis. Ademais, recomenda-se o uso de dados qualitativos para um melhor entendimento sobre a percepção dessas populações em relação aos aspectos psicológicos, subjetivos, complexos e relacionais da saúde mental de maneira integrada, em especial, em períodos de crises e pandemias nos quais as vulnerabilidades se acentuam.

6.3 Implementação, avaliação da viabilidade e do efeito do programa de promoção da saúde mental

6.3.1 Viabilidade do programa de promoção da saúde mental

Em relação à viabilidade do programa de PSM, identificou-se alta adesão, uma vez que 74,2% das mulheres completaram as três sessões propostas, porcentagem semelhante à de estudos prévios (KAPLAN *et al.*, 2019; BENNETT *et al.*, 2021; FERRÉ-GRAU *et al.*, 2021).

Alguns fatores, pontuados por pesquisas anteriores, que auxiliam na adesão aos programas propostos foram cumprir o acordado em relação à duração do estudo, a atividade não ultrapassar o tempo estimado e a adaptabilidade dos horários das sessões às necessidades dos participantes (KAPLAN *et al.*, 2019; ZUBIETA *et al.*, 2020; BENNETT *et al.*, 2021). Neste sentido, no caso do presente estudo, a maioria das mulheres que completou o programa referiu que a quantidade e a duração das ligações foram suficientes.

As oito mulheres que não completaram o programa referiram como motivo algum adoecimento, de si mesma ou de um familiar do qual era cuidadora, sugerindo que a possibilidade de reagendamento das sessões e a modalidade não presencial não foram suficientes para sanar as dificuldades específicas desse subgrupo. Logo, enfatiza-se a necessidade do desenvolvimento de atividades que considerem as especificidades de cuidadores, principalmente as mulheres às quais culturalmente é atribuído o papel de cuidado de seus entes e acumulam obrigações e funções que dificultam a adesão a novas atividades e pode inclusive prejudicar o cuidado de sua própria saúde.

Assim, estudos prévios apontam que intervenções desenvolvidas especificamente para cuidadores, inclusive na modalidade *online*, têm apresentado resultados promissores em relação à saúde mental destes indivíduos (ORRELL *et al.*, 2017; FERRÉ-GRAU *et al.*, 2021), no entanto, dados sobre adesão não foram avaliados nestes estudos. Sugere-se também, portanto, que estudos futuros explorem mais os preditores de adesão nas ações de PSM.

6.3.2 Efeito do programa de promoção da saúde mental

Em relação ao sofrimento psíquico na linha de base, houve alta prevalência de mulheres com escores indicativos de TMC (60,9% das que completaram o programa - grupo 1 e 62,5% das que não completaram - grupo 2), com valores acima dos identificados em estudos prévios realizados com mulheres da zona rural da região sul do Brasil (36,4%) (SOARES; MEUCCI, 2020), moradoras de favelas urbanas na Índia (44,8%) (NAIR *et al.*, 2022) e na Nigéria (14%) (SEKONI; MALL; CHRISTOFIDES, 2022). Este resultado sugere que tal público apresenta especificidades que precisam ser exploradas a fim de identificar os reais preditores de sofrimento mental que provavelmente se interseccionam às questões socioeconômicas; raciais; de gênero; insegurança alimentar; desemprego; trabalho agrário e o acesso precário aos serviços de saúde, de educação, de saneamento e de transporte que têm sido bem evidenciadas na literatura (HUQ *et al.*, 2021; MOTA; BEDRIKOW, 2021; PINCHOFF *et al.*, 2021).

Outrossim, estes achados suscitam a reflexão sobre a importância da dimensão cultura e contexto de vida na abordagem das questões psicossociais conforme apontado em estudos prévios (BASKIN; GALLIGAN; MEYER, 2020b; DUITS *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2020; FALINDA *et al.*, 2021; SCHNEIDERMAN; DAVIS; NEGRIFF, 2021), pois as questões relacionadas à identidade cultural e aos modos de vida desse grupo certamente têm se refletido de maneira importante na expressão de sofrimento destas mulheres. Além disso, sugere-se que estudos futuros sobre mulheres assentadas incluam os indicadores de TMC como variáveis propiciando mais parâmetros para comparação.

Vale ressaltar que o objetivo do programa de PSM foi de atuar sobretudo nos quesitos QV (domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), percepção de apoio, autoeficácia e redução do sofrimento mental. A ênfase das atividades foi em informações, reflexões e aconselhamentos relacionados aos sentimentos, às habilidades sociais e à subjetividade. Frente a isso, para fins de interpretação, consideraram-se as questões do SRQ-20 em quatro grandes categoriais a) somática (questões 1, 2, 3, 7, 18, 19, 20); b) ansiedade (questões 4, 5, 6); c) ação/cognição (8, 11, 12, 13, 14, 16); d) emoção/volição (9, 10, 15, 17), conforme descrito nos resultados. Assim, observou-se uma redução importante na prevalência de sintomas correspondentes à categoria a) sugerindo um potencial efeito do programa proposto nas questões somáticas, corroborando o possível efeito observado também no domínio físico da QV.

Esses resultados se assemelham a um estudo prévio desenvolvido com mulheres em situação de vulnerabilidade social na qual uma intervenção de PSM também resultou em melhoria do domínio físico da QV (SOUZA *et al.*, 2019), achados que reenfatizam a relevância das questões psicossomáticas e a forte intersecção entre as emoções e as expressões físicas.

Retomando a questão da definição do construto psicossocial, que embasou o desenvolvimento do estudo, os resultados levantam a discussão da existência de mais do que duas dimensões (psicológicas e social) na abordagem das necessidades relacionadas à saúde mental das pessoas, ou seja, o efeito nas questões somáticas e no domínio físico corroboram as proposições sobre a ênfase da dimensão somática nas manifestações de sofrimento psíquico (WINNICOTT, 1983; WINNICOTT, 2007)

Fazendo uma analogia entre os aspectos enfatizados no programa e os eixos propostos por Saraceno (SARACENO, 1996; SARACENO, 2001) entende-se que as questões abordadas no tema habilidades de convivência corresponderiam ao eixo relações sociais. Já as questões

do reconhecimento dos sentimentos e expressão das subjetividades corresponderiam ao eixo casa que, aliadas às proposições de Winnicott (WINNICOTT, 1983; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; LAURENTIIS, 2016), diz respeito também ao corpo e suas expressões. Nesse sentido, vale ressaltar a importante contribuição deste último autor nas discussões sobre o corpo psicossomático e no entendimento de que: "todo sofrimento/doença nunca é apenas psíquico, é sempre e ao mesmo tempo psicossomático (LOPARIC, 2000 p. 365[5] apud LAURENTIIS, 2016, p.150) ", pois as emoções expressam aspectos relacionados também à integração das funções corpóreas à psique (WINNICOTT, 1983; PHILLIPS, 2006; WINNICOTT, 2007; LAURENTIIS, 2016).

Sob esta perspectiva o fato do programa abordar as questões emocionais e resultar em melhorias de sintomas relacionados a disfunções, de certo modo, fisiológico, corrobora a importância dessa perspectiva teórica para identificar e intervir sob as necessidades psicossociais, sobretudo no âmbito da APS, no qual tais questões se revelam fortemente implícitas às demais demandas clínicas.

6.3.3 Avaliação do programa de promoção da saúde mental

As avaliações positivas das participantes em relação às atividades e a ênfase dada a importância das mesmas destacam como essas mulheres precisam de conteúdos que as ajudem a lidar com as questões adversas de seu cotidiano. O fato de muitas delas referirem nunca terem participado de uma atividade como essa, abre discussão para dois pontos; primeiro realmente as mulheres em geral não tem acesso às ações de PSM, isso porque, tanto as mulheres do estudo piloto (residentes na zona urbana), quanto as participantes do estudo referiram ser a primeira vez que tiveram acesso à tal atividade. Outra questão, pensando na especificidade das mulheres do assentamento, é que, como elas já são perpassadas por muitas questões como exposto anteriormente é possível que esse acesso fique ainda mais dificultado visto que os profissionais da unidade podem não ter "pernas" pra alcançar essas mulheres e também as pesquisas realizadas nesse ambiente ainda sejam majoritariamente de cunho social, preventivo ou curativo focados na promoção da saúde de um modo geral, sem necessariamente contemplar as especificidades inerentes às abordagens de PSM.

De todo modo, entende-se que para além dos resultados significativos nos escores dos indicadores avaliados, as falas dessas mulheres corroboram o alcance do objetivo do presente

[5]LOPARIC, Z. **O "animal humano". Natureza humana**, 2(2), 351-397, 2000.

estudo, que foi, dentre outros, desenvolver uma estratégia capaz de ajudá-las a identificar, fortalecer e aumentar os recursos internos próprios para o enfrentamento das adversidades vividas no cotidiano e que pudessem vislumbrar outras perspectivas para seu desenvolvimento pessoal e para o estabelecimento de planos de vida.

6.4 Limitações do estudo

As limitações do estudo se referem, principalmente, ao tamanho e especificidade da amostra que limita a generalização dos resultados, além do tipo de coleta de dados pautada no autorrelato. No entanto, destaca-se, primeiramente, a importância de estudos longitudinais desenvolvidos no contexto pandêmico, apesar dos inúmeros desafios para a coleta de dados primários em períodos de isolamento social. Em segundo lugar, entende-se que os resultados do efeito do programa de PSM, por se tratar de um estudo piloto, se mostraram promissores para identificar questões que podem basear futuras propostas de PSM, sobretudo, para grupos específicos de mulheres em países de baixa e média renda.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um programa de PSM e aplicá-lo, na modalidade piloto, junto a mulheres de um assentamento rural. A amostra se caracterizou por diferentes marcadores de vulnerabilidade e pobreza, exacerbados pelo perfil de trabalhadoras rurais que convivem com inúmeras inseguranças de caráter econômico, social e de saúde, ainda mais intensificados pelos impactos da pandemia.

Considerando os resultados da etapa longitudinal do estudo, apesar dos inúmeros fatores de risco, identificou-se que tais mulheres, de modo geral, apresentaram resultados favoráveis para o domínio psicológico da qualidade de vida. Além disso, tanto a saúde física quanto o ambiente social se mostraram como fatores de proteção em relação ao sofrimento psíquico, enfatizando a importância da sinergia dos diferentes construtos na elaboração dos planejamentos de cuidado bem como a necessidade premente de políticas públicas mais efetivas e específicas voltadas para determinados grupos populacionais, sobretudo, em períodos de crises e pandemias.

O programa por ser uma estratégia de fácil e rápida aplicação, de baixo custo, e demandar poucos recursos, pode ser implementado na APS pelas equipes multiprofissionais ampliando o rol de opções terapêuticas e não farmacológicas às mulheres em extrema vulnerabilidade. No entanto, é preciso ressaltar as especificidades das mulheres assentadas que enfrentam dificuldades em relação ao acesso de qualidade ao sinal de telefonia, bem como a necessidade de um treinamento com especialistas para a implementação efetiva do programa em questão.

Houve alta adesão à proposta, com 74,2% das mulheres completando o programa. No entanto, a não adesão das demais mulheres suscitaram reflexões importantes sobre como o papel de cuidadora atribuído à mulher pode prejudicar suas atividades diárias, inclusive o cuidado à saúde.

Já sobre o efeito do programa, identificou-se diminuição dos sintomas de transtornos mental comum com ênfase nas questões somáticas, além do aumento na percepção do domínio físico da qualidade de vida evidenciando a relevância das questões psicossomáticas e a forte intersecção entre as emoções e as manifestações físicas. Nesse sentido, compreendendo que um dos objetivos do programa foi de fortalecer os recursos internos de enfrentamento dessas mulheres para a identificação e manejo das emoções entende-se que as atividades foram resolutivas neste quesito.

Esses resultados corroboram as avaliações positivas das mulheres sobre o programa, a ênfase por elas dada à importância das atividades para reflexões sobre si mesmas, o fortalecimento dos recursos de comunicação e do reconhecimento da necessidade de pedir ajuda em algumas situações. Nesse sentido, entende-se que o programa é uma estratégia efetiva para diminuir o sofrimento emocional das mulheres e ajudá-las no enfrentamento de suas adversidades, sendo uma alternativa para as equipes multiprofissionais da APS estenderem suas ações em saúde mental.

REFERÊNCIAS[6]

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

AHMED, K. *et al*. Development and pilot testing of a psychosocial intervention program for young breast cancer survivors. **Patient Education and Counseling**, v.99, p.414-420, 2016.

ALCÁNTARA, C. *et al*. Treatment Moderators and Effectiveness of Engagement and Counseling for Latinos Intervention on Worry Reduction in a Low-Income Primary Care Sample. **J Consult Clin Psychol**, v.84, n.11, p.1016–1022, 2016.

ALEGRÍA, M. *et al*. Effectiveness of the Engagement and Counseling for Latinos (ECLA) Intervention in Low-Income Latinos. **Med Care**, v.52, n.11, p.989-997, 2014.

ALIAS, S.B. *et al*. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. **BMC Public Health**, n.7, v.21, p. 84, 2021.

ALMEIDA, J.C.P. *et al*. Mental health actions and nurse's work. **Revista Brasileira de Enfermagem** *[online]*, 73, suppl 1, 2020.

ALMEIDA, M. *et al*. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. **Arch Womens Ment Health**. v.23, p.741–748, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3ª ed.). Washington D/C. 1980.

ANGWENYI, V. *et al*. Mental Health during COVID-19 Pandemic among Caregivers of Young Children in Kenya's Urban Informal Settlements. A Cross-Sectional Telephone Survey. **Int J Environ Res Public Health**, v.18, n.19, p.10092, 2021.

ARAÚJO, A. *et al*. Regularização fundiária e qualidade de vida dos assentados no projeto estadual de assentamento agroextrativista Gleba Majari I – Porto de Moz-PA. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)**, n. 14 p. 47-70, 2018.

AYAZ, R. *et al*. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. **Journal of Perinatal Medicine**, v.48, n.9, p.965-970, 2020.

BAENA-DÍEZ, J. M. *et al*. Impact of COVID-19 outbreak by income: hitting hardest the most deprived. **Journal of Public Health**, v.42, n.4, p.698–703, 2020.

BARON, E. C. *et al*. Maternal mental health in primary care in five low-and middle-income countries: a situational analysis. **BMC health services research**, v.16, n.1, p.1-16, 2016.

BASKIN, R.; GALLIGAN, R.; MEYER, D. Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: The role of psychosocial and mental health factors. **Appetite**, v.156, n.104862, 2020a.

BASKIN, R.; GALLIGAN, R.; MEYER, D. Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. **Int J Eat Disord**, v.53, n.6, p.873-882, 2020b.

BATISTA, M.F.S.; ALBUQUERQUE, P.C. A produção da saúde e a população do campo: Uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.173–194, 2014.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental teoria e prática**. [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, E-pub, 2022.

BEEBE, L.H. Beyond the prescription pad: psychosocial treatments for individuals with schizoprenia. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, Thorofare, v. 45, n. 3, p. 35-43, 2007.

BENNETT, S.D *et al*. Feasibility of telephone-delivered therapy for common mental health difficulties embedded in pediatric epilepsy clinics. **Epilepsy Behav**. v.116, n.107743, 2021.

BERTOLOZZI, M.R. *et al*. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.esp., p.1326-1360, 2009.

BIRD, V. *et al*. Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: Standardised measure and reporting guidelines. **The British Journal of Psychiatry**. v.204, n.4, p. 316-321, 2014.

BRACE, N.; KEMP, R.; SNELGAR, E. **SPSS for psychologists**. 5th ed. New York: Routledge; 2013.

BRASIL. Lei n. 10.216/2001, de 6 de abril de 2001.**Política Nacional da Saúde Mental**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico de 09/04/2001, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL. **MS**. **Plano nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **MS. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico.** Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL.**MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **MS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **MS.** Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas:** volume 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2018.

BRASIL. **MS.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico]** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BURGESS, R. A. Policy, power, stigma and silence: exploring the complexities of a primary mental health care model in a rural South African setting. **Transcultural psychiatry**, v.*53*, n.6, p.719-742, 2016.

CAROLAN, S.; HARRIS, P. R.; CAVANAGH, K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. **Journal of Medical Internet Research**, v.19, n.7, e271, 2017.

CASTRO, A. *et al*. Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis**. Journal of Affective Disorders**, v.260, p.514-526, 2020.

CHARTIER, M. J. *et al*. Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors. **Public Health Nursing**, v.32, n.6, p.671–679, 2015.

CESTARI, V.R.F. *et al*. Social vulnerability and COVID-19 incidence in a Brazilian metropolis. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.26, n.3, p.1023-1033, 2021.

DANESHFAR, Z. *et al*. Influential factors on quality of life in married Iranian women during the COVID-19 pandemic in 2020: a path analysis. **BMC Women's Health**. V.102, n.21, 2021.

DAVID, D.; FREEMAN, A. **Overviw of cognitive- behavioral therapy of personality disorders**. Guilford Press, Third ed, New York, NY, 2015.

DIAS, A. *et al*. Effect of a Lay Counselor Intervention on Prevention of Major Depression in Older Adults Living in Low- and Middle-Income Countries A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v.76, n.1, p.13-20, 2019.

DONABEDIAN A. The quality of medical care. **Science**. 1978, May 26, v. 200, p. 856-864.

DUITS, A. *et al*. Psychosocial needs of patients and spouses justify a position of psychosocial health professionals in the multidisciplinary care for Parkinson's disease. **Clinical Parkinsonism & Related Disorders**, v.3, n.100064, 2020.

EGEDE, L.E.; RUGGIERO, K.J.; FRUEH, B.C. Ensuring mental health access for vulnerable populations in COVID era. **J Psychiatr Res**, v.129, p.147-148, 2020.

ENGEL, C.C. *et al*. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care A Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v.176, n.7, p.948-56, 2016.

ENNS, J. *et al*. Mapping interventions that promote mental health in the general population: a scoping review of reviews. **Preventive Medicine**, v. 87, p.70-80, 2016.

FALINDA, D. *et al*. A cross-sectional study of physical and psychosocial expectations of orthognathic surgery patients based on their typology. **Advances in Oral and Maxillofacial Surgery**, v.3, n.100137, 2021.

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

FERRÉ-GRAU, C. *et al*. A Mobile App-Based Intervention Program for Nonprofessional Caregivers to Promote Positive Mental Health: Randomized Controlled Trial. **JMIR Mhealth Uhealth,** v.22, n.91, e21708, 2021.

FLECK, M.P.A. *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FLEDDERUS, M. *et al*. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. **American Journal of Public Health.** v.100, n.12:2372, 2010.

FOSTER, K. *et al*. Parent experiences and psychosocial support needs 6 months following paediatric critical injury: A qualitative study. I**njury**, v.50, n.5, p.1082-1088, 2019.

GAINO, L.V. **Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

GAINO, L.V. *et al*. The role of social support in the psychological illness of women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27, e.3157, 2019.

GARVEY, J. *et al*. OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support program for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. **BMC Family Practice**, v.16, n.59, 2015.

GILBODY, S. *et al*. Telephone-supported computerised cognitive–behavioural therapy: REEACT-2 large-scale pragmatic randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v.210, p.362–367, 2017.

GILI, M., *et al*. Efficacy of Three Low-Intensity, Internet-Based Psychological Interventions for the Treatment of Depression in Primary Care: Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res**, v.22, n.6, e15845, 2020.

GOMES, R.C.M.; NOGUEIRA, C.; TONELI, M.J.F. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2016.

GRECO, A.L.R *et al*. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life, health and income in families with and without socioeconomic risk: a cross-sectional study. **Research, Society and Development,** v.10, n.4, e29410414094, 2021.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatr Scand Suppl**. v.385, p.66-70, 1994.

GREPI, G. **Projeto da USP ajuda pessoas em situação de rua a enfrentar pandemia em Ribeirão Preto.** Jornal da USP. 2021 Mar 23. Disponível em: https://jornal.usp.br/universidade/projeto-da-usp-ajuda-pessoas-em-situacao-de-rua-a-enfrentar-pandemia-em-ribeirao-preto/#:~:text=Alunos%2C%20professores%20e%20profissionais%20da,a%20crise%20de%20covid%2D19. Acesso em: 31 Jan 2022.

HAIR, J.F. *et al*. **Análise multivariada de dados**. 5th ed. Porto Alegre: Bookman, p. 688, 2005.

HALLER, E.; BESSON, N.; WATZKE, B. "Unrigging the support wheels" - A qualitative study on patients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT. **BMC Health Services Research**, v.19, n.686, p.1-13, 2019.

HÄMMIG, O. Health and well-being at work: the key role of supervisor support. **SSM - Population Health** [Internet], n.3, p.393-402, 2017.

HIRANI, S.S. *et al*. Social support intervention to promote resilience and quality of life in women living in Karachi, Pakistan: a randomized controlled trial**. Int J Public Health**, v.63, p.693-702, 2018.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. **The Lancet**, v.392, n.10156, p.1461-1472, 2018.

HUNG, M.S.Y. *et al.* The Psychological and Quality of Life Impacts on Women in Hong Kong during the COVID-19 Pandemic. **Int J Environ Res Public Health**. V,18, n.13, p.6734, 2021.

HUQ, M. *et al*. Intersectional tension: a qualitative study of the effects of the COVID-19 response on survivors of violence against women in urban India. **BMJ Open**, v.11, n.9, e050381, 2021.

INDU, P.S. *et al*. Effectiveness of community-based depression intervention programme (ComDIP) to manage women with depression in primary care- randomized control trial. **Asian Journal of Psychiatry**, v.34, p.87–92, 2018.

ISHIKAWA, H.; KATO, M.; KIUCHI, T. Declines in health literacy and health-related quality of life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of the Japanese general population. **BMC Public Health,** v.21, n.2180, 2021.

IZQUIERDO, A. *et al*. Community Partners in Care: 6- and 12-month Outcomes of Community Engagement versus Technical Assistance to Implement Depression Collaborative Care among Depressed Older Adults. **Ethnicity & Disease**, v.28, n.2, p.339-48, 2018.

JONES, L.V. Claiming your conections: a psychosocial group intervention of black college women**. Social Work Research**, v.33, n. 3, p.159-171, 2009.

KAAYA, S.F. *et al*. Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group counseling intervention for HIV positive women on prenatal depression and disclosure of HIV status. **AIDS Care**, v.25, n. 7, p.854-862, 2013.

KAISER, H.F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. **Psychometrika**, v.23, p.187-200, 1958.

KALRA, G. *et al*. Mental Health Promotion: guidance and strategies. **European Psychiatry**, v. 27, p.81-86, 2012.

KAPLAN, R.L. *et al*. Feasibility and Acceptability of a Behavioral Group Support Intervention Among Transgender Women: A Sexual and Mental Health Mixed-Methods Pilot Study in Beirut, Lebanon. **AIDS Educ Prev**, v.31, n.3, p.246-258, 2019.

KENDALL, P. C.; FRANK, H. E. Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v.25, n.4, Article e12271, 2018.

KIRKNESS, C. J. *et al*. Randomized trial of telephone versus in-person delivery of a brief psychosocial intervention in post-stroke depression. **BMC Res Notes**, v.10, n.500, p.1-9, 2017.

KIRMAYER, J. A psiquiatria cultural em perspectiva histórica (Bhugra, D & Bhui, K, Trans) Cambridge: Cambridge University Press. **Textbook of Cultural Psychiatry**, v.3, n.19, 2007.

KIRMAYER, J.; GOMEZ-CARRILLO, A.; VEISSIÈRE, S. Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. **Social Science & Medicine**, v.183, p.163-168, 2017.

KIRMAYER, J.; JARVIS, E. Culturally Responsive Services as a Path to Equity in Mental Healthcare. **Healthcare Papers**, v.18, n.2, p.11-23, 2019.

KOHN, R *et al*. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.*42*, e165, 2018.

KOZYREFF, A.M *et al*. **Triste, Louca ou Má *In*: Francisco, el Hombre. Soltasbruxa**. Warner Chappell Music, Inc, 2016. Disponível em: https://www.letras.mus.br/francisco-el-hombre/triste-louca-ou-ma/

LABRAGUE, L.J.; DE LOS SANTOS, J.A.A.; FALGUERA, C.C. Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of

coping behaviors, social support, and personal resilience. **Perspect Psychiatr Care**, v.57, n.4, p.1578-1584, 2021.

LAURENTIIS C.R.F. **Corpo E Psicossomática Em Winnicott**. DWW Editorial; São Paulo, Brasil: 2016.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R. *et al*. **DSM 5® handbook on the cultural formulation interview**. American Psychiatric Publishing. Washington, DC and London: 2016.

LIZANA, P.A., *et al*. Impact of the COVID-19 Pandemic on Teacher Quality of Life: A Longitudinal Study from before and during the Health Crisis. **Int J Environ Res Public Health**. v.18, n.7, p.37-64, 2021.

LUSK, W.; CHAVEZ-BARAY, S. Mental health and the role of culture and resilience in refugees fleeing violence. **Environment and Social Psychology Psychology**, v.2,n.1, p.26 – 37, 2017.

MAIA, Z.M.G.; SIQUEIRA, E.S.; ROZENDO, C. Desenvolvimento local e Qualidade de vida na percepção de agricultoras no Assentamento Mulunguzinho em Mossoró- RN. **Polis**, v.46, 2017.

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

MARINS, M.T. *et al*. Emergency Income in times of pandemic. **Revista Sociedade e Estado**, v.36, n.2, 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** Fourth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer: 2019.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Uso de gerenciador de referencias bibliográficas en la selección de los estudios primarios en revisión integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.28, e20170204, 2019.

MIKLAVCIC, J.J. *et al*. Effectiveness of a community program for older adults with type 2 diabetes and multimorbidity: a pragmatic randomized controlled trial. **BMC Geriatr**, v.20, n.174, 2020.

MO, P.K.H. *et al*. Association of Perceived Threat, Negative Emotions, and Self-Efficacy with Mental Health and Personal Protective Behavior Among Chinese Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. **J Med Internet Res**, v.23, n.4, e24053, 2021.

MORENO-PERAL, P. *et al*. Use of a personalised depression intervention in primary care to prevent anxiety: a secondary study of a cluster randomised trial. **Br J Gen Pract**, v.28, n.71 (703), e95-e104, 2021.

MOTA, A.M.; BEDRIKOW, R. The suffering of women living in an informal settlement in São Paulo, Brazil: a challenge to the work of Primary Health Care. **Salud Colect**, v.17, e3358, 2021.

NAIR, A.R. *et al*. Common mental disorders among women and its social correlates in an urban marginalized populace in South India. **Int J Soc Psychiatry**, v.68, n.7, p.1394-1402, 2022.

NAKAMURA, Y. *et al*. Investigating Impacts of Incorporating an Adjuvant Mind–Body Intervention Method Into Treatment as Usual at a Community-Based Substance Abuse Treatment Facility: A Pilot Randomized Controlled Study. **SAGE Open**. 2015.

OLIVEIRA, K.K.D. *et al*. Nursing Now and the role of nursing in the context of pandemic and current work. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [*online*], v. 42, n. spe, e20200120, 2021.

OLIVEIRA, J.L. *et al*. Psychosocial impacts of the COVID-19 pandemic among settled women: A longitudinal study. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.31, e3831, 2023a.

OLIVEIRA, J.L. *et al*. Mental Health Care in Primary Health Care: An Integrative Review. **Issues in Mental Health Nursing**, 2023b. No prelo.

OLIVEIRA, J.L.; ALMEIDA, L.Y.; SOUZA, J. Fatores associados à percepção de apoio social entre funcionários públicos da manutenção. **REME – Rev Min Enferm**, v.23, e-1185, 2019.

OLIVEIRA, H.S.B.; FUMIS, R.R.L. Influência do sexo e condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges. **Rev Bras Ter Intensiva,** São Paulo, v.30, n. 1, p. 35-41, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A COVID-19 e o papel dos sistemas de informação e das tecnologias na atenção primária.** Series: Kit de ferramentas de transformação digital. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52206.

ORRELL, M. *et al*. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. **PLOS Medicine,** v.14, n.3, e1002269, 2017.

OUZZANI, M. *et al*. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v.5, n.210, 2016.

PAGE, M. J. *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ,** v.372, n.71, 2021.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global mental health: a new global health field comes of age. **Jama,** v.*303, n.*19, p. 1976-1977, 2010.

PATEL, V. *et al*. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, v.392, p.1553–98, 2018.

PEDROSO, B. *et al*. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Paraná, v.2, n.1, p. 31-36, 2010.

PHILLIPS, A. **WINNICOTT**. Ideias e Letras; Aparecida, Brasil: 2006

PIEH, C. *et al*. Comparing Mental Health During the COVID-19 Lockdown and 6 Months After the Lockdown in Austria: A Longitudinal Study. **Front Psychiatry**, v.12, n.625973, 2021.

PINCHOFF, J. *et al*. Gendered economic, social and health effects of the COVID-19 pandemic and mitigation policies in Kenya: evidence from a prospective cohort survey in Nairobi informal settlements. **BMJ Open**, v.11, n.3, e042749, 2021.

PINHEIRO, M. R.; FERREIRA, J. A. O questionário de suporte social: adaptação e validação portuguesa do social support questionnaire (SSQ6). **Psychologica**, v. 30, p. 315-333, 2002.

QUADROS, L.C.M. *et al*. Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. **Rev Bras Enferm,** v.73, n.1, e20180162, 2020.

RAHMAN, A. *et al*. Effectiveness of a brief group psychological intervention for women in a post-conflict setting in Pakistan: a single-blind, cluster, randomised controlled trial. **Lancet**, v. 393, p.1733-1744, 2019.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing.** Vienna: R Foundation for Statistical Computing. 2016. Disponível em: https://www.R-project.org.

RIQUIN, E. *et al*. Medical Termination of Pregnancy For Psychosocial Reasons. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v.50, n.6, p.101932, 2021.

ROBLES, W. The politics of agricultural cooperativism in Brazil: A case study of the landless rural worker movement (MST). **JCOM,** v.7, n.1, p.10-25, 2019.

ROY, V. *et al*. Stress-buffering effect of social support on immunity and infectious risk during chemotherapy for breast cancer. **Brain Behav Immun Health**, v.10, n.100186, 2020.

SABOURIN, B.C.; VALLIS, M.V.; AVERIE, S. Development and pilot-testing of a brief psychosocial group intervention protocol for type 2 diabetes self-management. **Canadian Journal of Diabetes**, v.35, n. 3, p.287-294, 2011.

SAMARTZIS, L. *et al*. Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart feilure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Cardiac Failure**, v.19, n. 2, p.125-134, 2013.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020**. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, institui o Plano São Paulo

e dá providências complementares. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64994-28.05.2020.html

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: instituto Basaglia/TeCorá, p. 176, 2001

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.** In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; p.13-18, 1996.

SBICIGO, J.B. *et al*. Propriedades psicométricas da EAGP. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p. 139-146, 2012.

SCHNEIDERMAN, U.; DAVIS, P.; NEGRIFF, S. Associations between psychosocial functioning and physical health in youth with maltreatment experiences. **Children and Youth Services Review**, v.27, n.106080, 2021.

SCHULZ, A.J. *et al*. Effectiveness of a walking group intervention to promote physical activity and cardiovascular health in predominantly non-hispanic black and hispanic urban neighborhoods: findings from the walk your heart to health intervention. **Health Education & Behavior**, v.42, n.3, p.380-392, 2015.

SEKONI, O.; MALL, S.; CHRISTOFIDES, N. The relationship between protective factors and common mental disorders among female urban slum dwellers in Ibadan, Nigeria. **PLoS One**, v.17, n.2, e0263703, 2022.

SELOHILWE, O. *et al*. Evaluating the role of levels of exposure to a task shared depression counselling intervention led by behavioural health counsellors: outcome and process evaluation. **Int J Ment Health Syst**, v.13, n.42, p.2-15, 2019.

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

SILVA, G.R. *et al*. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.

SILVA FILHO, J. A.; BEZERRA, A. M. Acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Id on line:* **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.12, n.40, 2018.

SOARES, R.C. *et al*. A contribuição da universidade na prática extensionista de assessoria a assistentes sociais que atuam na saúde no contexto da pandemia da covid19. Capim Dourado: **Diálogos Em Extensão,** v.3, n.2, p.81-89, 2020.

SOARES, P,S.M.; MEUCCI, R.D Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [*online*]. v. 25, n. 8, pp. 3087-3095, 2020.

SOUZA-ESQUERDO, V.F. *et al*. Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em assentamentos rurais. **Segurança Alimentar e Nutricional,** v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015.

SOUZA, J. *et al*. Promoção da saúde mental de mulheres: a influência da saúde física e do meio ambiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72 suppl.5, 2019.

SOUZA, J. **"Tecnologia e inovação para identificação e manejo das necessidades psicossociais de mulheres na Atenção Primária à Saúde"** submetido e contemplado pela Chamada CNPq no. 04/2021 - Bolsas de Produtividade em Pesquisa. 2021.

SOUZA, J. **Que cor está o seu setembro**. Submetido e contemplado pela chamada do edital PRG/Santander 01/2022. 2022

SOUZA, J.; LUIS, M.; GAINO, L.V. Apoio social e saúde mental: perspectivas para o cuidado de enfermagem. In: Silva LA, Santos I. **Cuidar em enfermagem e saúde mental: volume 4 – Cuidar de pessoas em situações de emergências psiquiátricas, ideações suicidas e problemas relacionados a adições.** Curitiba: Appris; v. 4, p.309-29, 2017.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, v.26, n.1-2, p.12-17, 2004.

STAMM, B. *et al*. Intervenção telefônica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 137-143, 2018.

STEFAN, S. *et al*. Cognitive-beharvioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. **Journal of Clinical Psychology** [*online*]. v. 75, e. 7, p. 1188-1202, 2019.

STERN, T.; SIN, J. Implementing a structured psychosocial interventions group programme for people with bipolar disorder. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.19, p.180-189, 2012.

SUDRÉ, L. Ações de solidariedade durante pandemia deixam legado de esperança para 2021. Brasil de Fato. 2020 Dec 31. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2020/12/31/acoes-de-solidariedade-durante-pandemia-deixam-legado-de-esperanca-para-2021. Acesso em: 31 Jan 2022.

SUMNER, R.C. *et al*. Arts on prescription: observed changes in anxiety, depression, and well-being across referral cycles. **Public Health,** v.192, p.49-55, 2021.

SZKODY, E. *et al*. Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. **Fam Process**, v.60, n.3, p.1002-1015, 2021.

TAMMINEN, N. *et al*. A systematic concept analysis of mental health promotion, International **Journal of Mental Health Promotion**, v. 18, n. 4, p.177-198, 2016.

THE LANCET. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. **Lancet**, v.294, n.10230, p.1089, 2020.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica - Conceitos de Cuidados na Prática Baseada em Evidências.** 7ª edição, Guanabara Koogan, 2014.

TROMBKA, M. *et al*. *Mindfulness* Training for Primary Care for Portuguese-Speaking Immigrants: A Pilot Study. **Front Psychiatry**, v.9, n.12, p.664381, 2021.

WAHYUNI, S.; RAHAYU, T.; NURSALAM. Self efficacy of pregnant women in areas affected by Covid 19. **Enferm Clin,** v.31, p.601-604, 2021.

WAIDMAN, M. A.; STEFANELLI; M.C.; JOUCLAS, V. M. G. O caminhar com a teoria de Joice Travelbee na prática de enfermagem psiquiátrica - desvelando uma experiência. **Cogitare Enferm.** v. 3, n.1 p. 7-12, 1998.

WATZKE, B. *et al*. Effectiveness and cost-effectiveness of telephone-based cognitive-behavioural therapy in primary care: study protocol of TIDe – telephone intervention for depression. **BMC Psychiatry**, v.17, n.263, p.1-9, 2017.

WEINSTEIN, B. *et al*. Precision Mapping of COVID-19 Vulnerable Locales by Epidemiological and Socioeconomic Risk Factors, Developed Using South Korean Data. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.18, n.2, p.604, 2021.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 55, p.1121-32 2015.

WENHAM, C.; SMITH, J.; MORGAN, R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. **Lancet**, v.395, n.10227, p.846-848, 2020.

WERNER, E.A. *et al*. Addressing mental health in patients and providers during the COVID-19 pandemic. **Semin Perinatol,** v.44, n.7, p.151279, 2020.

WINNICOTT, D.W. **O Ambiente E Os Processos De Maturação.** Artmed; Porto Alegre, Brasil: 1983.

WINNICOTT, D.W. **As bases para o si mesmo no corpo**. In: Winnicott D.W., editor. Explorações Psicanalíticas. Artmed; Porto Alegre, Brazil: 2007. pp. 203–218.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. **World Health Organization**, Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care Second Edition. **World Health Organization**, Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. **World Health Organization**, Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care. **World Health Organization**, Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL: User Manual. World Health Organization, Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. **World Health Organization**, Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health atlas 2017**. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization; 2022.

WU, F.; SHENG, Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. **Arch Gerontol Geriatr**, v.85, p.103934, 2019.

YENEN, E.T.; ÇARKIT, E. Fear of COVID-19 and general self-efficacy among Turkish teachers: Mediating role of perceived social support. **Curr Psychol**, v.1, n.9, 2021.

YOUNG, A. *et al*. The Art and Science of the Psychosocial Assessment: Impact on Physical Abuse Evaluations in the Emergency Department Setting. **Clinical Pediatric Emergency Medicine**, v.21, n.3, p.100792, 2020.

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

ZUBIETA, C. *et al*. Perceived Feasibility, Acceptability, and Cultural Adaptation for a Mental Health Intervention in Rural Haiti. **Cult Med Psychiatry, v.**44, n.1, p.110-134, 2020.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário sociodemográfico

1. Data de nascimento:_____/_____/_____

2. Como você se considera:

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

(D) Amarelo(a) (E) Indígena.

3. Qual a sua religião?

(A) Católica (B) Protestante ou Evangélica

(C) Espírita. (D) Umbanda ou Candomblé

(E) Outra (F) Sem religião.

4. Qual seu estado civil?

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

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

5. Como você mora atualmente?

(A) Em casa ou apartamento, próprio.

(B) Em casa ou apartamento, alugada.

(C) Outra situação_____

Quem mora com você?

(Marque uma resposta para cada item.)

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

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

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

15. Até quando você estudou?

(A) Não estudou.

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

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

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

(E) Ensino médio completo.

(F) Ensino superior incompleto.

(G) Ensino superior completo.

(H) Pós-graduação.

(I) Não sei.

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

(A) Até 1 salário mínimo (até R$ 998,00 inclusive).

(B) De 1 a 2 salários mínimos (de R$ 998,00 até R$ 1.996,00 inclusive).

(C) De 2 a 5 salários mínimos (de R$ 1.996,00 até R$ 4.990,00 inclusive).

(D) De 5 a 10 salários mínimos (de R$ 4.990,00 até R$ 9.980,00 inclusive).

(E) De 10 a 30 salários mínimos (de R$ 9.980,00 até R$ 29.9940,00 inclusive).

(F) De 30 a 50 salários mínimos (de R$ 29.940,00 até R$ 49.900,00 inclusive).

(G) Mais de 50 salários mínimos (mais de R$ 49.900,00).

17. Situação de emprego

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

(C) desempregado (D) fazendo bicos

(E) outro_____

18. Qual a sua profissão?_____

19. Quanto você se sente disposta para suas atividades diárias (trabalho, estudo, afazeres domésticos)?

Pouco Disposta ——— 0 1 2 3 4 5 ——— **Muito Disposta**

20. Qual a última vez que procurou atendimento na unidade? _____

21. Qual o motivo do seu último atendimento na unidade? _____

21. A queixa foi resolvida?

Sim	Não

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa denominada "O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental em mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo". Essa pesquisa tem como objetivo analisar o efeito de uma atividade de promoção da saúde mental utilizando uma intervenção que será realizada por telefone. Todos os dados coletados serão utilizados apenas para fins de pesquisa. A senhora aceitando participar, em um primeiro momento, realizará uma entrevista que durará de 40 a 50 minutos, a ser realizada pela pesquisadora responsável Jaqueline Lemos de Oliveira, aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, orientanda da professora Jacqueline de Souza. Nessa entrevista a senhora responderá cinco questionários que abordam questões relacionadas à sua composição familiar, renda, pessoas em que pode confiar no dia a dia e outros dados. O local para realização da entrevista será em uma sala fornecida pela unidade de saúde ou em um local que a senhora se sinta confortável e segura.

Caso aceite participar, na segunda etapa realizaremos ligações telefônicas, uma vez por semana. Serão três ligações que terão duração de 45 minutos aproximadamente. Nessas ligações conversaremos sobre sua rotina e hábitos de vida, assuntos relacionados à saúde, relações de amizade e família. Após cada uma dessas ligações pediremos que dê sua opinião sobre a atividade. Ao término de nossa última ligação nós pediremos que a senhora preencha os cinco questionários da entrevista inicial novamente. Após um mês da nossa última ligação entraremos novamente em contato com a senhora para preencher mais uma vez esses mesmos questionários para fins de acompanhamento dos resultados.

Asseguramos que seu nome não será revelado em nenhuma fase da pesquisa e os dados serão cuidadosamente armazenados. Informamos que os resultados podem vir a ser divulgados em eventos e/ou publicações científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar, ou seja, retirar esse consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você. Informamos que os possíveis gastos decorrentes da sua participação na pesquisa como passagem de ônibus e gastos com alimentação serão devidamente ressarcidos pelas pesquisadoras. Informamos que os riscos envolvidos na sua participação envolvem algum tipo de desconforto ao responder as perguntas, pois algumas apresentam natureza íntima, mas se isso acontecer, receberá apoio verbal da entrevistadora de modo a garanti-lhe conforto e a entrevista poderá ser pausada, além disto, informamos-lhe sua garantia sobre o direito à indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV. 3-h – Resolução CNS 466/2012), conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para a melhoria das ações de promoção da saúde mental de mulheres. A senhora receberá uma via deste termo assinado pelas pesquisadoras responsáveis onde consta o telefone, e-mail e endereço. Podemos tirar as suas dúvidas sobre a entrevista e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido expressa o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa foi apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CEP-EERP/USP, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa e está localizado no prédio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, à Av. Bandeirantes, 3900, sala 9, podendo o contato ser feito pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento – dias úteis: das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso queira entrar em contato com as pesquisadoras, nossos contatos estão descritos abaixo.

Ribeirão Preto_____,___de_____de 202_

_____	_____
Jaqueline Lemos de Oliveira (Pesquisadora)	Jacqueline de Souza (Pesquisadora responsável)
jaquelemos@usp.br	jacsouza2003@usp.br
telefone (16) 99788-3646	telefone (16) 3315-3404

Eu _____ aceito participar da pesquisa intitulada "O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental utilizando uma intervenção por telefone em mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo ".

Assinatura Data: ____/_____/_____

ANEXOS

Anexo A - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - The World Health Organization Quality of Life

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como como referência as duas últimas semanas.

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio. Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta. , Pensando nas últimas duas semanas:

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo B – Questionário de Suporte Social

Apoio social

QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

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

Com quem você costuma sair?

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

Em que grau você fica satisfeito com essa companhia?

( )muito satisfeito ( )um pouco satisfeito

( ) razoavelmente satisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito

( ) um pouco satisfeito (X) muito insatisfeito

SSQ

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

( ) Ninguém

.....

.....

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

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

( ) Ninguém

.....

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

3.Quem aceita você totalmente, incluindo seus maiores defeitos e qualidades?

( ) Ninguém

.....

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

4. Com quem você realmente pode contar para se preocupar contigo independente do que possa estar acontecendo?

( ) Ninguém

.....

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

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

( ) Ninguém

.....

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

6. Com quem você pode realmente contar para consola-lo quando está muito preocupado?

( ) Ninguém

Qual o seu grau de satisfação com essas pessoas?

( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) pouco satisfeito

( ) levemente insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) muito insatisfeito

Anexo C - Escala de Autoeficácia Geral Percebida

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la.	1	2	3	4

Anexo D – Self Report Questionnaire

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

INSTRUÇÕES

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

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

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

Anexo E – Aceite publicação artigo

Jaqueline Lemos de Oliveira <jaquelemos@usp.br>

Issues in Mental Health Nursing - Decision on Manuscript ID UMHN-2022-0500.R1

1 mensagem

Issues in Mental Health Nursing <onbehalfof@manuscriptcentral.com> 1 de março de 2023 às 13:21
Responder a: sthomas@utk.edu
Para: jaquelemos@usp.br

Dear Miss Oliveira:

Ref: Mental health care in primary health care: an integrative review
We are pleased to accept your paper in its current form which will now be forwarded to the publisher for copy editing and typesetting. Thank you for your close attention to reviewers' comments.

Accepted papers will be transmitted for production. The first and most important task for authors at that point will be to complete an online author agreement form. Please make sure you complete it as soon as you receive the publisher notice about it.

You may note slight editorial changes when you receive your page proofs.
At our journal, publication tends to be within six months to a year after acceptance. More information regarding page proofs will be sent to you electronically, directly from the production staff in New York, as publication nears. When you receive your page proofs, please review them very carefully. We have had several recent incidents in which authors did not make needed corrections and then became distressed when their published papers contained errors. We will no longer publish "errata" if the errors result from authors failing to check their proofs.

If your e-mail address changes within the next six months, please let me know, as the publisher must have your most current address to send the proofs for checking. The publisher requests that proofs are checked and returned within 48 hours of receipt.

Thank you for your contribution to Issues in Mental Health Nursing and we look forward to receiving further submissions from you.

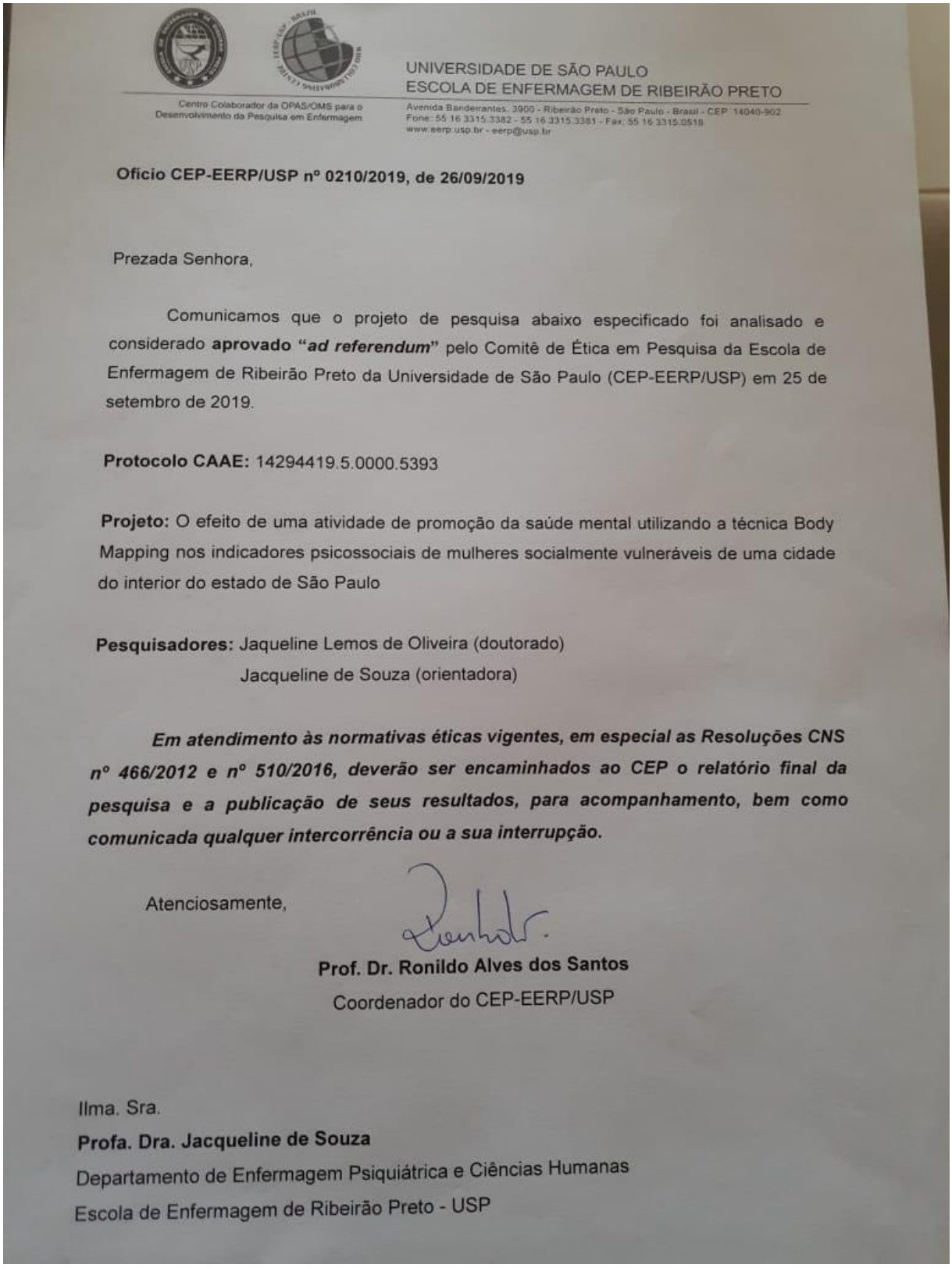
Sincerely,
Sandra P. Thomas
Editor in Chief, Issues in Mental Health Nursing
sthomas@utk.edu

Have you considered open access?

When you complete your Author Publishing Agreement you will be asked whether you wish to publish your article open access via our Open Select publishing program. Open access offers greater accessibility, visibility and impact for your research. Articles published open access with Taylor & Francis Open Select typically receive 58% more citations* and 6 times as many downloads** compared to those that are not published open access.

If you select the option to make your article open access you will receive an invoice for the article publishing charge (APC). Some funders mandate open access publishing,

Anexos F – Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0519
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 0210/2019, de 26/09/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "*ad referendum*"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 25 de setembro de 2019.

Protocolo CAAE: 14294419.5.0000.5393

Projeto: O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental utilizando a técnica Body Mapping nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo

Pesquisadores: Jaqueline Lemos de Oliveira (doutorado)
Jacqueline de Souza (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

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

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

Ofício CEP-EERP/USP nº 067/2021, de 10/03/2021

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas *ad referendum*** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 9 de março de 2021.

Protocolo CAAE: 14294419.5.0000.5393

Projeto: O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo

Pesquisadores: Jaqueline Lemos de Oliveira (doutorado)
Jacqueline de Souza (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

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