

Promoção da saúde mental de mulheres: a influência da saúde física e do meio ambiente

Promotion of women's mental health: the influence of physical health and the environment
Promoción de la salud mental de las mujeres: la influencia de la salud física y el medio ambiente

Jacqueline de Souza^I

ORCID: 0000-0002-6094-6012

Jaqueline Lemos de Oliveira^I

ORCID: 0000-0003-3699-0280

Jordana Luiza Gouvêa de Oliveira^I

ORCID: 0000-0001-5905-8993

Letícia Yamawaka de Almeida^I

ORCID: 0000-0002-5192-6052

Loraine Vivian Gaino^I

ORCID: 0000-0002-2074-909X

Denise Marie Saint-Arnault^{II}

ORCID: 0000-0002-4436-8347

^IUniversidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de Michigan. Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos.

Como citar este artigo:

Souza J, Oliveira JL, Oliveira JLG, Almeida LY, Gaino LV, Saint-Arnault DM. Promotion of women's mental health: the influence of physical health and the environment. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):184-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0415>

Autor Correspondente:

Jaqueline Lemos de Oliveira
E-mail: jaquelemos@usp.br



Submissão: 14-06-2018

Aprovação: 14-08-2018

RESUMO

Objetivo: descrever os resultados de um grupo de promoção à saúde mental de mulheres, conduzido por enfermeiras. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo do tipo pré e pós-teste. As participantes foram mulheres entre 20 e 64 anos atendidas numa Unidade de Atenção Básica. Utilizou-se o Questionário de Suporte Social de Sarason, o questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Os dados foram coletados antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção. **Resultados:** foi identificada melhoria no domínio físico e do meio ambiente da qualidade de vida, contudo não houve alteração mensurável nos demais indicadores adotados. **Conclusão:** as atividades lúdicas e a técnica de Body Mapping se mostraram promissoras para melhoria do domínio físico e do meio ambiente da qualidade de vida, constituindo importantes ferramentas para o cuidado de enfermagem e intervenções relacionadas à saúde mental na atenção básica.

Descritores: Saúde Mental; Mulheres; Centros de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To describe the results of a group of women's mental health promotion conducted by nurses. **Method:** This is a quantitative study of the pre- and post-test type. The participants were women aged between 20 and 64 years old attending a Primary Care Unit. We used the Sarason Social Support Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life Assessment questionnaire, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Data were collected before, immediately after and three months after the intervention. **Results:** improvement in the physical and environmental quality of life was identified. However, there was no measurable change in the other indicators adopted. **Conclusion:** the ludic activities and the Body Mapping technique were promising for improving the physical and environmental domain of quality of life, constituting important tools for nursing care and interventions related to mental health in basic care.

Descriptors: Mental Health; Women; Health Centers; Primary Health Care; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: describir los resultados de un grupo de promoción de la salud mental en mujeres, dirigido por enfermeras. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo del tipo pre-test y post-test. Las participantes fueron mujeres entre 20 y 64 años atendidas en una Unidad de Atención Básica. Se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, el cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los datos se recolectaron antes, inmediatamente después y tres meses después de la intervención. **Resultados:** se identificó una mejora en el dominio físico y del medio ambiente de la calidad de vida, sin embargo no se registraron cambios mensurables en los demás indicadores adoptados. **Conclusión:** las actividades lúdicas y la técnica de Body Mapping resultaron alentadoras para la mejora del dominio físico y del medio ambiente de la calidad de vida, constituyendo herramientas importantes para el cuidado de enfermería e intervenciones relacionadas a la salud mental en la atención básica.

Descritores: Salud Mental; Mujeres; Centros de Salud; Atención Primaria de Salud; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde mental é descrita como um conjunto de ações que visam, por meio de um processo de empoderamento, criar condições individuais, sociais e ambientais que permitam aumentar nos indivíduos a capacidade de ter controle sobre a própria vida. Logo, promover a saúde mental implica a utilização de estratégias que propiciem ambientes apoiadores e fortalecimento da resiliência dos indivíduos, demonstrando respeito pela cultura, priorizando a equidade, justiça social, dignidade pessoal e interconexões⁽¹⁻³⁾.

Embora a promoção da saúde e a da saúde mental sejam abordagens complementares, a promoção da saúde em geral foca nos fatores relacionados ao estilo de vida (promoção de atividade física, hábitos de vida saudáveis, redução do uso de substâncias), enquanto a promoção da saúde mental objetiva aumentar diretamente a resiliência e empoderar as pessoas para lidarem melhor com as adversidades ou eventos estressantes, focando nas habilidades cognitivas, sociais e emocionais, utilizando, principalmente, estratégias baseadas na técnica de solução de problemas, treinamento de habilidades sociais e apoio social⁽¹⁻³⁾.

Assim, a despeito de tal complementaridade, recomenda-se esforços específicos para a promoção da saúde mental, pois promover a saúde em geral pode, sim, focar em múltiplas áreas da saúde e nas variáveis que a afetam, no entanto há grande possibilidade de ignorar os aspectos específicos da saúde mental neste processo, isto é, a promoção da saúde mental foca exclusivamente nos resultados de saúde mental do indivíduo que, consequentemente, repercutirão em sua saúde geral⁽²⁾. Desse modo, se configura uma questão importante para a prática da enfermagem.

Ressalta-se que a promoção de saúde mental tem sido defendida como uma das prioridades para a construção de políticas públicas em nível global e, por isso, preconiza-se a integração desta abordagem no *setting* da atenção primária à saúde^(1,3). Entretanto, estudo de revisão tem apontado que poucas pesquisas sobre promoção da saúde mental têm sido desenvolvidas neste *setting*⁽¹⁾.

Muitas são as estratégias utilizadas tanto para a reabilitação de pessoas com transtornos mentais quanto para promover a saúde mental e física dos indivíduos, uma delas é a intervenção psicossocial, a qual possibilita o enfrentamento de problemas pessoais, resignificação do sofrimento e a descoberta de potencialidades⁽¹⁻²⁾. Estudos sobre a efetividade destas intervenções têm sido desenvolvidos no Irã, Estados Unidos, Canadá, Tanzânia, Haiti e Japão⁽⁴⁻¹¹⁾.

Em geral, a população destes estudos foram indivíduos com alguma doença crônica como câncer, HIV e transtornos mentais^(4,6-7,10-11). Poucos destes estudos abordaram indivíduos da população em geral, sem uma morbidade específica^(1,8). Assim, os *settings* destes estudos eram majoritariamente clínicas e hospitais^(4,6-7,9-11), de modo que poucos foram desenvolvidos na comunidade⁽⁸⁾.

Destaca-se que uma recomendação importante sobre a promoção da saúde mental é que ela seja endereçada não somente para subgrupos com riscos significativos, mas também, para a população em geral (caráter universal)⁽²⁾. Assim, empreender tais ações junto a mulheres adultas é importante, tendo em vista que a maior parte desta população é de trabalhadoras da qual, geralmente, crianças e idosos são dependentes. Além disso, o sofrimento psíquico neste grupo pode limitar suas atividades do dia a dia, predispondo o indivíduo e o entorno social a um círculo vicioso de riscos e vulnerabilidade social⁽²⁾.

Dentre os adultos, as mulheres constituem um subgrupo relevante, pois, em geral, são mais vulneráveis a alguns transtornos mentais devido às experiências do ciclo de vida, influências hormonais, vulnerabilidade à violência e exploração nas relações, fatores culturais e discriminação de gênero. Além disso, são mais suscetíveis a serem cuidadoras de sua família, ademais, a dependência emocional e financeira associada à falta de empoderamento são importantes fatores que restringem suas escolhas na vida, impactando fortemente em sua saúde mental⁽²⁾.

As pesquisas prévias cujos participantes foram especificamente mulheres adultas, em geral, também adotaram como população do estudo grupos com alguma morbidade ou condição específica, como câncer, HIV, gestação, etnia ou condição de estudante^(5,7,10), lacuna que justifica o engajamento em investigações sob uma perspectiva de gênero, mas com caráter universal no tocante às condições de saúde.

OBJETIVO

Descrever os resultados de um grupo de promoção de saúde mental conduzido por enfermeiras para mulheres adultas da população em geral (sem morbidade específica) no *setting* da atenção básica.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ressalta-se que as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos foram esclarecidas quanto ao objetivo do estudo e à natureza da coleta de dados. Aquelas que concordaram com a participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo pré e pós-teste, cuja estrutura se baseou na lista de verificação da iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe), que engloba recomendações para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais⁽¹²⁾. Desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto/SP. A coleta de dados foi realizada durante o período de fevereiro a dezembro de 2013.

População e amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população estimada sob responsabilidade desta unidade é composta por 14.148 pessoas. Os adultos jovens (entre 25 e 39 anos) correspondem à maioria da população no território estudado, que conta com regiões nas quais se concentram pessoas em situações de vulnerabilidade social como famílias com baixa renda e nível de escolaridade, e outras com altos índices de violência. Nesta população, 51,4% (7.272) eram mulheres cuja distribuição de idade era: 29,5% (2.145) de 0 a 19 anos, 65,3% (4.752) de 20 a 64 anos e 5,1% (369) de 65 a 94 anos. Todas as mulheres da área de abrangência da UBS foram convidadas a participar através de

cartazes, panfletos e/ou abordagem direta em visitas domiciliares ou sala de espera da referida Unidade.

Os critérios de inclusão das mulheres foram ter idade entre 20 e 64 anos e ser usuária cadastrada na UBS em questão. Foram excluídas as mulheres que estavam com alguma condição grave de saúde que inviabilizasse o preenchimento dos questionários.

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: 1) levantamento das informações psicossociais das mulheres, 2) realização dos grupos, 3) levantamento das informações psicossociais das mulheres ao término do grupo e 4) novo levantamento após três meses do término do grupo.

Na primeira etapa do presente estudo, 113 mulheres aceitaram participar. Destas, 71 demonstraram interesse em frequentar os grupos e receberam visitas domiciliares para um primeiro acolhimento e explanação sobre os objetivos e início das atividades grupais. Nos grupos (etapa 2), 29 mulheres participaram de ao menos um dos encontros e apenas nove tiveram 80% de frequência nos grupos. Estas nove foram incluídas nas etapas subsequentes e, por conseguinte, constituíram a amostra final do presente estudo.

Protocolo do estudo

O protocolo da intervenção, utilizado para operacionalização dos grupos, foi desenvolvido por duas enfermeiras com experiência na área de saúde mental, uma psicóloga e uma estudante de enfermagem. O cerne das intervenções foi a técnica de Body Mapping, que tem sido utilizada no âmbito das pesquisas e intervenções com mulheres em diferentes situações de vulnerabilidade, como imigrantes, vítimas de violência, portadoras de HIV, hepatite C, dentre outras. Esta técnica de intervenção, adaptada por uma enfermeira canadense para o uso também como coleta de dados, parte do pressuposto que as vivências são fortemente marcadas no plano corpóreo⁽¹³⁾.

Tal processo, contextualizado às trajetórias de vida das participantes e mediado por um enfermeiro apto a oferecer apoio emocional, pode ser benéfico para aumentar a percepção de si, as potencialidades de enfrentamento e, conseqüentemente, a autoestima.

Assim, foi utilizada tal técnica seguindo as preconizações e roteiro preconizado para este fim⁽¹³⁾, adaptando-a para oito etapas: traçado do corpo em tamanho real e impressão de um símbolo ou slogan pessoal; autorretrato; representação das marcas (físicas ou subjetivas) sobre e sob a pele; fragilidades e pontos fortes; eventos marcantes da infância, adolescência e vida adulta; estruturas de apoio; desenhando o futuro e mensagem para os outros; decoração do mapa corporal e narrativa sobre o mesmo.

Estas etapas foram intercaladas por treinamento de habilidades sociais (fala assertiva, técnicas de relaxamento, estratégias de ativação de apoio social), reflexão sobre as atividades do cotidiano e emoções pessoais utilizando cartões com expressões faciais (*emotion cards*) e *playful activities* para educação em saúde (bingo sobre saúde da mulher, *quiz* sobre sexualidade).

A intervenção contou com dez encontros semanais de aproximadamente uma hora e 30 minutos cada, e foi realizada numa sala da própria Unidade Básica de Saúde, visando facilitar o acesso das participantes. Os temas de cada encontro e as estratégias utilizadas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Temas, conteúdos e estratégias de cada encontro, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013-2014

Encontro	Tema	Estratégia
1º.	A mulher na atualidade	Apresentação das participantes; Discussão grupal sobre o cotidiano da mulher na contemporaneidade; Body Mapping: traçado do corpo, símbolo ou <i>slogan</i> pessoal.
2º.	Autoestima	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; dinâmica utilizando espelho para se autodescrever; Body Mapping: autorretrato.
3º.	Autocuidado	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; bingo sobre saúde da mulher; Body Mapping: cicatrizes ou marcas subjetivas sobre e sob a pele.
4º.	Comunicação assertiva	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; treinamento de comunicação assertiva utilizando exemplos do cotidiano das participantes; Body Mapping: fragilidades e pontos fortes.
5º.	Trajetória pessoal	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; Body Mapping: eventos marcantes na infância, adolescência e vida adulta.
6º.	Sexualidade	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; <i>quiz</i> sobre sexualidade; levantamento de dúvidas e discussão.
7º.	Apoio social	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; Body Mapping: estruturas de apoio social; Técnicas de ativação de apoio social.
8º.	Enfrentamento do estresse	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; discussão sobre os estressores mais recentes; técnicas de relaxamento.
9º.	Pensando sobre o futuro	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; discussão sobre as perspectivas para o futuro; Body Mapping: desenhando o futuro e mensagem para os outros.
10º.	Encontro final	<i>Emotion cards</i> : emoções e sentimentos relacionados aos eventos da semana; <i>Feedback</i> das participantes sobre o grupo; Body Mapping: decoração e narrativas pessoais.

Os indicadores psicossociais adotados foram: apoio social, qualidade de vida e autoestima, que têm sido apontados como fatores fortemente relacionados à saúde mental da mulher⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. O apoio social oportuniza a convivência, facilita a integração social, pode propiciar mudanças de comportamento, reassegurar a autovalorização e proporcionar auxílio. A autoestima diz respeito à valorização e aprovação de si mesmo; é descrita como um conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo, conformando orientação positiva – autoaprovação – ou negativa – depreciação⁽¹⁶⁾. E a qualidade de vida foi considerada como uma medida geral relacionada à satisfação com a vida e saúde.

Para avaliação destes indicadores foram utilizadas escalas psicométricas validadas para o uso no Brasil, a saber, o Questionário de Suporte Social de Sarason (SSQ), o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref) e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Em relação ao questionário sociodemográfico, as questões foram adicionadas na formulação do questionário, contemplando aspectos relacionados à educação e condições de vida, família, cor ou raça, trabalho e rendimento.

O SSQ (α de Cronbach é de 0,97 para o SSQ-N e de 0,94 para o SSQ-S) consiste num instrumento desenvolvido com o intuito de quantificar a disponibilidade de apoio percebida. Permite identificar a composição da rede de apoio do indivíduo, considerando o tipo de relação do participante com estes apoiadores (amigos, familiares) e o grau de satisfação com este apoio. A escala, já validada no Brasil, proporciona dois escores, um referente à quantidade de apoiadores e um sobre a satisfação: quanto maior a pontuação, maior a percepção de apoio⁽¹⁷⁾.

O WHOQOL-bref (α de Cronbach = 0,89) é composto por 26 questões que abrangem quatro domínios: 1-físico; 2-psicológico; 3-relações sociais; 4-meio ambiente. A versão em português também já foi validada para uso no Brasil. Em relação aos escores, há uma *syntax* para o cálculo final que proporciona seis escores, um sobre a percepção da qualidade de vida em geral, um sobre a satisfação com a saúde e um para cada domínio da escala⁽¹⁸⁾.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (α de Cronbach = 0,90) é um dos instrumentos mais utilizados nos estudos de autoestima disponíveis na literatura internacional. Consiste numa medida unidimensional e é composto por dez afirmativas sobre o conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação. Cada afirmativa contém itens graduados com a escala Likert variando de um a quatro pontos que sinalizam a concordância ou não do indivíduo com cada afirmação (concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente), de modo que quanto maior a pontuação, maior a autoestima⁽¹⁶⁾.

Os instrumentos foram aplicados em três tempos distintos: antes da intervenção, imediatamente depois e três meses após o término da mesma. O tempo para cada aplicação foi de aproximadamente 45 minutos.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados utilizando Friedman Test que é um teste não paramétrico indicado para análises com mais de duas amostras relacionadas⁽¹⁹⁾. A hipótese testada foi o aumento ou a diminuição dos escores de cada indicador psicossocial ao longo do tempo (antes, imediatamente depois e após três meses). Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95 %. As análises foram empreendidas utilizando software SPSS versão 17.0.

RESULTADOS

As nove participantes tinham, em média, 43 anos (desvio-padrão de 12,7). Cinco eram negras ou pardas e quatro brancas. Seis eram casadas, duas solteiras ou divorciadas e, quanto ao número de filhos, duas não tinham filhos, uma tinha um e as demais, de dois a quatro filhos.

Sobre a escolaridade, três participantes tinham completado o primeiro grau, quatro o segundo e uma estava finalizando a graduação. Três delas referiram trabalhar por conta própria e quatro estavam desempregadas. Quanto à renda familiar, cinco participantes declararam rendimento de dois a cinco salários mínimos, uma de um a dois salários mínimos e duas não informaram a renda.

Embora não fosse critério de inclusão, todas as participantes mencionaram alguma situação vulnerável: três eram vítimas de violência doméstica, três tinham transtorno mental (depressão ou transtorno de ansiedade), duas referiram problemas familiares e uma, doença crônica (sequelas de um acidente vascular cerebral).

A média dos escores de apoio social e autoestima estão apresentados nas Figuras 1 e 2. A Figura 1 mostra que o apoio social (satisfação e número de apoiadores) aumentou após a intervenção e se manteve ao longo dos três meses com leve oscilação.

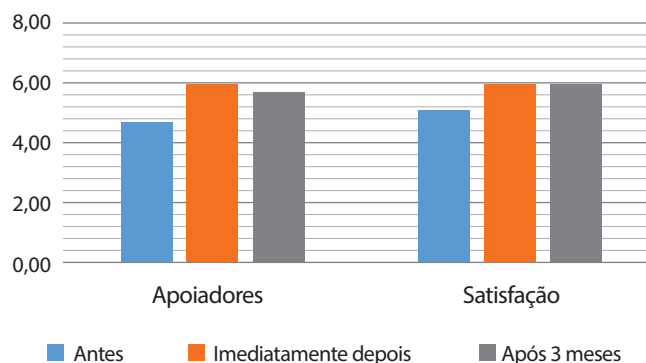


Figura 1 – Média dos escores de apoio social (satisfação e número de apoiadores) antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção, n = 9, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013-2014

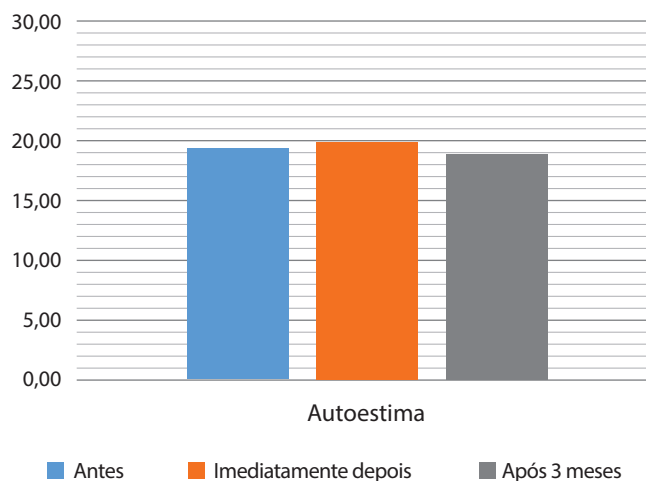


Figura 2 – Média do escore de autoestima antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção, n = 9, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013-2014

A autoestima aumentou após a intervenção (Figura 2), mas tal resultado não se manteve até a aplicação do terceiro questionário.

Os domínios da qualidade de vida que aumentaram após a intervenção foram o físico, relações sociais e ambientais, o domínio psicológico se manteve ao longo do seguimento (Figura 3).

Apesar dos dados descritivos apontarem tais resultados, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à pré e pós-avaliação para o número de apoiadores, satisfação com o

apoio e autoestima. Em relação à qualidade de vida, a diferença entre os períodos de pré e pós-avaliação foram significantes nos domínios físico e meio ambiente (Tabela 1).

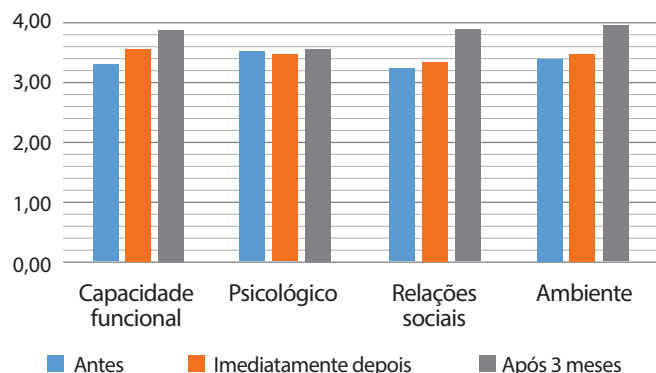


Figura 3 – Média dos escores de qualidade de vida antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção, n = 9, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013-2014

Tabela 1 – Resultados obtidos a partir do Friedman Test, n = 9, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013-2014

Indicadores	Média do rank			X ²	Valor de p
	Antes	Depois 3 meses			
Número de apoiadores	1,83	2,06	2,11	0,452	0,798
Satisfação com o apoio	1,89	1,72	2,39	2,600	0,273
Qualidade de vida					
Domínio físico	1,44	1,89	2,67	7,294	0,026
Domínio psicológico	2,00	1,78	2,22	1,067	0,587
Domínio relações sociais	1,94	1,67	2,39	2,966	0,227
Domínio meio ambiente	1,33	1,83	2,83	11,455	0,003
Autoestima	1,67	2,06	2,28	1,771	0,412

DISCUSSÃO

Entre as participantes do estudo, a maioria apresentou baixa escolaridade, desemprego e se declarou preta ou parda, que são características que, somadas às demais vulnerabilidades mencionadas por elas, aumentam a probabilidade do desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais ou sofrimento psíquico^(2,20).

Os resultados descritivos do presente estudo mostram que, após o seguimento dos três meses, houve uma pequena diminuição na autoestima e aumento nos escores de todos os demais indicadores, mas tais alterações não apresentaram significância estatística. Apesar disso, houve diferença significativa entre a pré e pós-avaliação no domínio físico da qualidade de vida, que contém itens relacionados à capacidade funcional e domínio meio ambiente da qualidade de vida que contempla aspectos relacionados ao ambiente no lar, acesso ao lazer, informações e aos cuidados de saúde e sociais.

As intervenções para promoção da saúde mental de mulheres têm sido descritas como efetivas para a ampliação da rede de apoio social, auxílio no manejo do estresse e diminuição do sofrimento emocional entre mulheres^(10,21). Os resultados descritivos do presente estudo denotam uma possível melhoria na maioria dos indicadores utilizados, no entanto identificou-se que tais

mudanças não foram estatisticamente significantes, corroborando estudo prévio⁽¹⁰⁾ que descreve como possíveis causas de tais resultados a dificuldade de adesão das mulheres que mais necessitam de ajuda, o tempo necessário para a incorporação das habilidades e os aspectos subjetivos que não podem ser mensurados apenas pelos dados quantitativos.

Por outro lado, os resultados do presente estudo também contrariam as evidências de outras pesquisas que demonstraram que as intervenções de promoção à saúde mental apresentaram resultados favoráveis no tocante ao aumento de apoiadores^(6,9). Tal resultado pode indicar tanto uma inadequação deste protocolo de intervenção em relação à finalidade proposta ou ainda a inadequação da escolha dos indicadores psicossociais. Isto é, tendo em vista que promover a saúde mental tem como finalidade fortalecer a resiliência, promover o bem-estar emocional, fortalecer os vínculos sociais e aumentar o capital social⁽¹⁻³⁾, alguns indicadores que poderiam ser mais sensíveis à proposta do presente estudo seriam a autoeficácia, estilos de *coping*, sintomas de transtornos mentais comuns, outras dimensões do apoio social e acesso aos recursos na rede.

Aumentar a capacidade dos indivíduos para terem controle sobre suas vidas também é uma meta importante da promoção da saúde mental⁽²⁾. Logo, o domínio físico da escala de qualidade de vida adotada no presente estudo, que mensura também a capacidade funcional dos indivíduos, apresentou-se como um indicador importante. Este domínio abrange questões relacionadas à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades diárias; tratamento medicamentoso e dependência; e capacidade para o trabalho⁽¹⁸⁾.

Alguns estudos prévios sobre intervenções psicossociais com foco na promoção da saúde mental apontaram melhoria na percepção da qualidade de vida dos participantes^(7,9), e um destes estudos apresentou resultados positivos apenas no domínio físico⁽¹¹⁾, semelhantemente ao presente estudo. Nesse sentido, outras pesquisas apontam a eficácia das ações de promoção à saúde mental em melhorar a produtividade de trabalhadores⁽¹⁾, aumentar o senso de cuidado⁽²⁾, melhorar o manejo do tratamento⁽⁴⁾ e o funcionamento social^(7,9), que correspondem também à capacidade funcional dos sujeitos.

Ressalta-se que algumas das atividades propostas durante os encontros estavam diretamente relacionados com as facetas do domínio físico, por exemplo, a discussão das atividades diárias, técnicas de relaxamento e educação em saúde utilizando estratégias lúdicas. Além disso, a técnica de Body Mapping tem sido descrita como importante promotora de melhoria da percepção física e corporal⁽²²⁾.

Estudos com intervenções para a melhoria do domínio físico entre mulheres vulneráveis apontam os grupos de apoio envolvendo atividades lúdicas, relaxamento e atividades de educação em saúde como efetivos⁽²³⁻²⁴⁾. Assim, a melhoria do domínio físico poderia indicar um possível efeito destas técnicas.

Outro indicador relevante de acordo com o presente estudo diz respeito ao domínio meio ambiente, que abrange questões relacionadas à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade de transporte, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de lazer e de adquirir novas informações e habilidades, além da qualidade do ambiente físico⁽¹⁸⁾.

Estudos prévios que abordaram questões relacionadas à imagem corporal⁽²⁵⁾ e integração corpo e mente⁽²⁶⁾, identificaram

a associação desses aspectos com os domínios físico e meio ambiente da qualidade de vida. Tais resultados corroboram a discussão dos achados do presente estudo, pois a intervenção proposta partiu tanto de uma abordagem focada no corpo (físico e subjetivo) quanto numa perspectiva de integrar emoções, sentimentos e ações.

Vale ressaltar que, dada a ênfase social do domínio meio ambiente, há preconização para mudança do foco individual da saúde mental. Logo, questões de moradia, segurança, lazer e outros recursos relacionados às necessidades básicas no âmbito comunitário (itens do domínio meio ambiente da qualidade de vida) devem estar integradas no planejamento do cuidado e nas estratégias de promoção da saúde mental⁽²⁷⁾.

Nesse sentido, convém mencionar que estudo de revisão, relacionado ao ensino de enfermagem, tem discutido duas importantes dimensões do cuidado, a saber: provisão competente dos cuidados clínicos e oferecimento de apoio emocional⁽²⁸⁾. Sugere-se, a partir dos resultados do presente estudo, que a enfermagem, sobretudo no âmbito da atenção primária, atribua à sua prática uma “terceira dimensão” do cuidado que seria a sociocomunitária, priorizando abordagens mais coletivas inclusive no tocante à promoção da saúde mental.

No presente estudo, no seguimento de três meses, três mulheres iniciaram cursos profissionalizantes e duas se engajaram em atividades remuneradas, aspectos considerados extremamente positivos, dada a condição socioeconômica das mesmas. Entende-se que tal engajamento remete tanto ao item “oportunidades de adquirir novas habilidades” (domínio meio ambiente) quanto ao item “capacidade funcional” (domínio físico), sugerindo a efetividade da intervenção utilizada nesse sentido.

Em relação aos indicadores que não apresentaram resultados significantes, não se pode desconsiderar que a avaliação das ações de promoção da saúde mental é extremamente complexa, devido à subjetividade envolvida e aos diferentes fatores que podem interferir nos resultados⁽²⁾. Além disso, o presente estudo se constituiu num estudo-piloto, o que permite que vários ajustes sejam realizados antes de empreendê-lo no formato de um estudo clínico randomizado e controlado.

A adesão à intervenção grupal foi o maior desafio encontrado, isto é, um reduzido número de mulheres participou de ao menos 80% dos encontros. Nesse sentido, destaca-se que, apesar do *design* grupal otimizar mais os recursos, ele pode ser menos efetivo para manejar aspectos íntimos e psicológicos, sobretudo entre mulheres em situação de vulnerabilidade social ou psicológica, isto é, um ambiente mais privativo ou abordagens individuais podem ser necessárias nestes casos. Este fato tem relevância no presente estudo, pois as dificuldades da vida diária apresentadas pelas mulheres eram relacionadas a questões complexas como

conflitos conjugais, violência doméstica, problemas com a vizinhança. Além disso, as participantes viviam no mesmo bairro e conheciam umas às outras. Estes aspectos possivelmente contribuíram para a baixa adesão no grupo.

Limitações do estudo

Quanto às principais limitações do estudo, aponta-se o tamanho da amostra e o design não experimental. Além disso, a escolha dos indicadores psicossociais pode não ter sido tão eficaz, considerando os objetivos da proposta de intervenção.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo suscita reflexões importantes em relação à enfermagem sobretudo no sentido de enfatizar o papel desse profissional na promoção de saúde mental da população e que tal ação é passível de ser realizada também por enfermeiros generalistas, pois durante a graduação são desenvolvidas habilidades básicas para atuar nessa área através de abordagens grupais ou individuais. Os resultados do presente estudo mostram os desafios das abordagens grupais e a importância da seleção de bons indicadores de avaliação. Por outro lado, apresentam um protocolo inovador para a realização de intervenções, também no *setting* da atenção básica, relacionadas à melhoria do bem-estar, sobretudo no tocante à relação das usuárias com o próprio corpo e à capacidade funcional.

CONCLUSÃO

A proposição de que um grupo com intervenções psicossociais para a promoção de saúde mental poderia aumentar a autoestima e percepção de apoio social de mulheres atendidas na atenção primária não foi confirmada pelo presente estudo.

Apesar disso, os resultados significativos nos domínios físico e do meio ambiente, relacionados à capacidade funcional e às oportunidades de adquirir novas habilidades, respectivamente, sugerem que as atividades lúdicas e a técnica de Body Mapping podem ser promissoras, especialmente para a melhoria da relação das mulheres com seu próprio corpo e com o meio em que vivem.

Desse modo, as intervenções podem se constituir numa importante ferramenta para prática da enfermagem, incrementando a oferta de ações de saúde mental no *setting* da atenção básica, sobretudo pelo fato de que os aspectos físicos e emocionais são complementares no processo saúde-doença, e, aliados à abordagem integrada às necessidades advindas da comunidade, certamente refletir-se-ão positivamente na saúde mental das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Enns J, Homqvist M, Wener P, Halas G, Rothney J, Schultz A, et al. Mapping interventions that promote mental health in the general population: a scoping review of reviews. *Prev Med.* 2016;87:70-80. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.022
2. Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipias V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry.* 2012;27(2):81-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.001

3. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:S5-11. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.019
4. Armando M, Pontillo M, Vicari S. Psychosocial interventions for very early and early-onset schizophrenia: a review of treatment efficacy. *Curr Opin Psychiatr.* 2015;28(4):312-23. doi: 10.1097/YCO.000000000000165
5. Jones LV, Ahn S, Chan KT. Expanding the psychological wellness threshold for black college women an examination of the claiming your connections intervention. *Res Soc Work Pract.* 2014;26(4):399-411. doi: 10.1177/1049731514549631
6. Ahmed K, Marchand E, Williams V, Coscarelli A, Ganz PA. Development and pilot testing of a psychosocial intervention program for young breast cancer survivors. *Patient Educ Couns.* 2016;99(3):414-20. doi: 10.1016/j.pec.2015.09.014
7. Kaaya SF, Blande J, Antelman G, Cyprian F, Emnos KM, Matsumoto K, 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.* 2013;25(7):854-62. doi: 10.1080/09540121.2013.763891
8. Schulz AJ, Israel BA, Mentz GB, Bernal C, Caver D, DeMajo R, 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 Educ Behav.* 2015;42(3):380-92. doi: 10.1177/1090198114560015
9. Fawzi MCS, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med.* 2012;74(10):1494-503. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.01.022
10. Momino K, Mitsunori M, Yamashita H, Toyama T, Sugiura H, Yoshimoto N, et al. Collaborative care intervention for the perceived care needs of women with breast cancer undergoing adjuvant therapy after surgery: a feasibility study. *Jpn J Clin Oncol.* 2017;47(3):213-20. doi: 10.1093/jjco/hyw189
11. Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, Peralta-Pedrero ML, Robles-García R, Lerma C. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol Psychother.* 2017;90(1):105-23. doi: 10.1111/papt.12098
12. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):559-65. doi: 10.1590/S0034-89102010000300021
13. Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C, Davy C. Body-map storytelling as research: methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2012 [cited 2017 May 28]. Available from: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>
14. Mota NP, Medved M, Whitney D, Hiebert-Murphy D, Sareen J. Protective factors for mental disorders and psychological distress in female, compared with male, service members in a representative sample. *Can J Psychiatry.* 2013;58(10):570-8. doi: 10.1177/070674371305801006
15. Manuel JI, Martinson ML, Bledsoe-Mansori SE, Bellamy JL. The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Soc Sci Med.* 2012;75(11):2013-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.034
16. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval Psicol* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 12];10(1):41-9. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt
17. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002;10(5):675-81. doi: 10.1590/S0104-11692002000500008
18. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012
19. Brace N, Kemp R, Snelgar E. *SPSS for psychologists.* 5th ed. New York: Routledge; 2013.
20. Chandra PS, Sowmya HR, Mehrotra S, Duggal M. "SMS" for mental health: feasibility and acceptability of using text messages for mental health promotion among young women from urban low-income settings in India. *Asian J Psychiatr.* 2014;11:59-64. doi: 10.1016/j.ajp.2014.06.008
21. Thomas M, Vieten C, Adler N, Ammondson I, Coleman-Phox K, Epel E, et al. Potential for a stress reduction intervention to promote healthy gestational weight gain: focus groups with low-income pregnant women. *Womens Health Issues.* 2014;24(3):e305-11. doi: 10.1016/j.whi.2014.02.004
22. Gastaldo D, Carrasco C, Magalhaes L. Entangled in a web of exploitation and solidarity: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2012 [cited 2017 Jun 30]. Available from: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings>
23. Björneklett HG, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Berglund A, Letocha H, Strang P, et al. A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer. *Support Care Cancer.* 2012;20(12):3325-34. doi: 10.1007/s00520-012-1480-1
24. Badger T, Segrin C, Pasvogel A, Lopez AM. The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners. *J Telemed Telecare.* 2013;19(5):260-5. doi: 10.1177/1357633X13492289
25. Skopinski F, Resende TL, Schneider RH. Body image, mood and quality of life. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):95-105. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14006

26. Portugal FB, Campos MR, Correia CR, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(12):e00165115. doi: 10.1590/0102-311x00165115
 27. Williams E, Sands N, Elsom S, Prematunga RK. Mental health consumers' perceptions of quality of life and mental health care. *Nurs Health Sci*. 2015;17(3):299-306. doi: 10.1111/nhs.12189
 28. Leonard L. Emotional displays: Nurse educators engaging and reflecting on their own emotional displays in preparing nursing students for the emotional complexities of nursing practice. *Nurs Educ Pract*. 2017;26:21-6. doi: 10.1016/j.nepr.2017.06.001
-