



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

**VIVENDO À MARGEM: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES AO
TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES
RURAIS PARAIBANAS**

FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO

JOÃO PESSOA

ABRIL/ 2016

FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO

**VIVENDO À MARGEM: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES AO
TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES
RURAIS PARAIBANAS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba para
obtenção do título de doutora em Psicologia Social.

ORIENTADORA: PROFA DRA. ANA ALAYDE WERBA SALDANHA

JOÃO PESSOA/PB

ABRIL/2016

F992v Furtado, Francisca Marina de Souza Freire.

Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas / Francisca Marina de Souza Freire Furtado.- João Pessoa, 2016.

258f. : il.

Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHL

1. Psicologia social. 2. Transtorno mental comum.

UFPB/BC

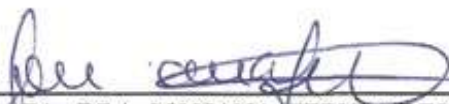
CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL– DOUTORADO

**VIVENDO À MARGEM: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES AO
TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES
RURAIS PARAIBANAS**

DOUTORANDA: FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO

BANCA AVALIADORA



PROFA. DRA. LUCIANA FERNANDES DE MEDEIROS

(MEMBRO EXTERNO À INSTITUIÇÃO – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE/UFRN)



PROF.ª JOSEVÂNIA DA SILVA

(MEMBRO EXTERNO À INSTITUIÇÃO – UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/UEPB)



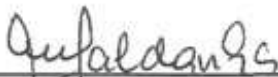
PROF. DR. RAFAEL NÍCOLAU CARVALHO

(MEMBRO EXTERNO AO PROGRAMA – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)



PROFA. DRA. MARTA DE FÁTIMA PEREIRA ALBERTO

(MEMBRO INTERNO – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)



PROFA. DRA. ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI

(ORIENTADORA – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTA DE ABREVIACÕES.....	15
RESUMO	16
ABSTRACT.....	17
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I - TRANSTORNO MENTAL COMUM: ASPECTOS CONCEITUAIS, CLÍNICOS E SOCIAIS.	26
1.1 Definição e sintomatologia do TMC.....	27
1.2 Prevalência do TMC na população e sua relação com os aspectos socioeconômicos	32
CAPÍTULO II - O SOFRIMENTO PSÍQUICO FEMININO SOB A ÓTICA DAS RELAÇÕES DE GÊNERO.	38
2.1 Patriarcalismo, capitalismo burguês e moralidade psiquiátrica: o sofrimento psíquico feminino como expressão dos controles social e subjetivo.	41
2.2 Sofrimento psíquico feminino e relações de gênero na atualidade: velhas expressões e/ou novas configurações?	48
CAPÍTULO III - CIDADES RURAIS: ACESSO AOS SERVIÇOS, PRÁTICAS DE CUIDADO, DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	55
3.1 Cidades rurais: “lugarzinhos no meio do nada...”.....	60
3.2 Política Nacional de Saúde Mental e cuidado nas cidades rurais: um diálogo necessário.....	72
CAPÍTULO IV - QUADRO DA VULNERABILIDADE: UMA PROPOSTA DE ANÁLISE AOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL.....	80
4.1. Entendendo o conceito de Vulnerabilidade em saúde.....	81
PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS.....	90
ESTUDO I: TMC EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS	91
Campo de pesquisa	92
Objetivo geral:	95
Objetivo específicos.....	95
Método	96
<i>Característica do Estudo</i>	96
<i>População e plano amostral</i>	97
<i>Amostra</i>	99

<i>Instrumentos</i>	99
<i>Procedimentos</i>	101
<i>Análise dos Dados</i>	102
Resultados e Discussões	103
<i>Perfil socioeconômico das participantes.</i>	103
<i>Estilos de vida, Eventos de vida estressores, violência doméstica e cuidados em saúde mental.</i> ..	109
<i>Prevalência de TMC entre as mulheres participantes</i>	118
<i>Prevalência de TMC e sua associação com os aspectos socioeconômicos, estilos de vida, vivência de violência doméstica e cuidados em saúde mental.</i>	122
<i>Variáveis preditoras para o TMC entre as mulheres investigadas</i>	129
Considerações Preliminares	134
ESTUDO II: VULNERABILIDADES AO TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS	137
Objetivo geral:	139
Objetivos específicos:	139
Método	140
<i>Característica do Estudo</i>	140
<i>Participantes</i>	140
<i>Instrumentos</i>	141
<i>Procedimentos e aspectos éticos</i>	143
<i>Análise dos Dados</i>	144
<i>Análise categorial temática: primeira fase</i>	145
<i>Análise categorial temática: segunda fase</i>	146
Resultados e Discussões	148
<i>Mulheres de cidades rurais paraibanas: Cenas da vida cotidiana</i>	148
Participante 01	150
Participante 02	151
Participante 03	152
Participante 04	153
Participante 05	154
Participante 06	155
Participante 07	156
Participante 08	157
Participante 09	158
Participante 10	159

<i>Categorias Temáticas Enunciadas</i>	161
<i>Classe temática I – Cenários rurais do sofrimento feminino</i>	163
1. <i>Sintomatologia</i>	163
2. <i>Motivos para o adoecimento</i>	169
3. <i>Consequências do sofrimento psíquico feminino</i>	178
4. <i>Práticas de Autocuidado</i>	181
5. <i>Assistência em saúde</i>	185
6. <i>Cuidados em saúde mental</i>	191
<i>Classe temática II - Vivências rurais do sofrimento feminino</i>	197
1. <i>Relações conjugais</i>	198
2. <i>Rede de apoio/suporte social</i>	218
3. <i>Cotidiano rural</i>	225
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	237
Panorama e reflexões acerca dos elementos de vulnerabilidade feminina ao TMC no contexto das cidades rurais paraibanas	237
REFERÊNCIAS.....	244
APÊNDICES.....	263
ANEXOS	271

DEDICATÓRIA

Às mulheres rurais que diante o sofrimento cotidiano,
“não vivem, apenas aguentam”.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados familiares: **Ademir (pai), Marta (mãe), Milena e Manu (irmãs), Ana e Medianeira (tias-irmãs) e Débora (sobrinha)** que enchem meus dias de amor e alegrias e me dão a paz que eu preciso nos dias turbulentos;

Ao meu eterno amor **Leonardo (Leo)**, que há 18 anos segura a minha mão ao mesmo tempo que agita as minhas asas, me incentivando a seguir meus sonhos e acreditando nas minhas capacidades mais do que eu mesma;

À Profa Dra **Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli** por ser um exemplo profissional e pelos anos de amizade e cuidado. Você sabe o quanto significa para todos nós.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social** da UFPB pelos conhecimentos adquiridos.

Aos meus queridos amigos do **Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde** por todo o apoio e amizade construída nestes quase 10 anos juntos.

À minha querida amiga-irmã **Elis Amanda**, por dividir comigo a maior aventura da minha vida (até agora!). Obrigada pelo calor nos dias frios, pelo cuidado e confidências, pelos sorrisos e lágrimas compartilhados. Nós sempre teremos Lisboa!

À **Profa Dra. Carla Moleiro** e a todos do grupo **Health for All (H4A)** pelo acolhimento no Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE em Lisboa/Portugal durante meu período de doutorado sanduíche. Obrigada pela confiança no meu trabalho.

À **Jaclin Freire** pela amizade e parceria construída além-mar e que durará a vida inteira.

À **Domus Nostra**, residentes e funcionárias desta casa, representadas aqui por **Madalena, Alícia, Sofia, Sílvia e Maria Tereza** por todo aconchego e amor ao abrir suas portas quando outras se fecharam, tornando-se meu lar em Portugal.

Aos meus amigos Brasucas-Lisboetas **Renata, Lúcia, Rafa e Wellington** pelos cafés e risos durante os estudos, pelos passeios no Rua Augusta e Terreiro do Paço e por todas as maravilhas que compartilhamos em nossa jornada europeia.

À **CAPES** pela bolsa de estudos concedida (no Brasil e no Exterior) que permitiu que eu realizasse um sonho e um estudo de excelência.

Obrigada por tudo!

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1:</i> Dimensões da análise de vulnerabilidade.....	85
<i>TABELA 2:</i> Quadro V&DH: dimensões individual, social e programática.....	88
<i>TABELA 3:</i> Unidade amostral segundo seus estágios.....	97
<i>TABELA 4:</i> Perfil das participantes segundo as variáveis sociodemográficas.....	104
<i>TABELA 5:</i> Diferença de média com relação ao nível de religiosidade segundo faixa etária das participantes (N=608).....	108
<i>TABELA 6:</i> Perfil das mulheres participantes segundo estilo de vida.....	110
<i>TABELA 7:</i> Perfil das participantes segundo vivência de violência doméstica.....	111
<i>TABELA 8:</i> Perfil das participantes segundo vivência de eventos estressores, uso de medicamento e antecedentes familiares para transtornos mentais	113
<i>TABELA 9:</i> Perfil das participantes em relação aos cuidados em saúde mental.....	116
<i>TABELA 10:</i> Médias global e por fatores no SRO-20 apresentadas pelas participantes (N=608).....	119
<i>TABELA 11:</i> Frequência das respostas afirmativas das mulheres com sintomas de TMC aos itens do SRO-20 distribuídos de acordo com seus fatores (N=192)	120
<i>TABELA 12:</i> Prevalência do TCM entre as mulheres participantes e relações de independência e associação segundo variáveis sociodemográficas.....	123
<i>TABELA 13:</i> Prevalência de TMC entre as mulheres participantes e sua relação com a variável vítima de violência doméstica (N=602).....	124
<i>TABELA 14:</i> Prevalência de TMC entre as mulheres participantes e sua relação com variáveis de cuidados em saúde mental.....	126
<i>TABELA 15:</i> Prevalência de TMC entre as mulheres participantes segundo faixa etária.....	128

<i>TABELA 16:</i> Uso de medicamento psicotrópicos entre as mulheres participantes com TMC segundo faixa etária.....	128
<i>TABELA 17:</i> Variáveis preditoras para maiores prevalências de TMC na amostra estudada (Regressão logística).....	130
<i>TABELA 18:</i> Etapas dos procedimentos para a análise categorial temática.....	145
<i>TABELA 19:</i> Perfil das mulheres participantes	161
<i>TABELA 20:</i> Classes temáticas e categorias de análise	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da Paraíba segundo suas mesorregiões geográficas.....	93
Figura 2: Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.....	98
Figura 3: Dimensões da Vulnerabilidade e a intersubjetividade em cena.....	141

LISTA DE ABREVIACÕES

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão

DALYS – Disability Adjusted Life Years

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition

ESF – Estratégia Saúde da Família

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

OMS – Organização Mundial da Saúde

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RP – Reforma Psiquiátrica

RTs – Residências Terapêuticas

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

V&DH – Vulnerabilidade e Direitos Humanos

RESUMO

O Transtorno Mental Comum (TMC) envolve um conjunto de sinais e sintomas de natureza não psicótica que, dado o seu caráter social, pode ser facilmente encontrado em populações desfavorecidas economicamente, sobretudo, entre as mulheres. Ao ter como cenário as chamadas cidades rurais, este estudo tem por tese de que as precárias condições de vida quando associadas às questões como desigualdades de gênero e deficiências nos serviços de saúde contribuem para que as mulheres destas localidades se encontrem em situações de vulnerabilidades ao TMC. Neste sentido, objetivou-se analisar os principais elementos de vulnerabilidade ao TMC apresentados por mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Foram realizados dois estudos empíricos. O primeiro, de caráter epidemiológico, transversal e quantitativo objetivou identificar a prevalência do TMC nas mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Contou com a participação de 608 mulheres (Média de idade = 43 anos; DP=14,64) e a utilização de um questionário sociodemográfico e o Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). A prevalência de TMC encontrada entre as mulheres foi de 31,6% sendo os sintomas mais frequentes relacionados às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos. Estiveram associadas à presença de TMC as variáveis: renda familiar menor que um salário mínimo ($\chi^2(\text{gl})=3.951(1)$; $p=0.047$); ser vítima de violência doméstica ($\chi^2(\text{gl})=20,987$; $p=0,001$); vivência de situação estressora ($\chi^2(\text{gl})= 38,913$; $p=0,001$) e antecedentes familiares com as mesmas sintomatologias ($\chi^2(\text{gl})= 12,304$; $p=0,001$). Por meio de regressão logística, verificou-se como variáveis preditoras para o TMC na amostra investigada a) ser vítima de violência doméstica (OR=2.58; IC95%=1.23-5.45); b) estar vivenciando situação estressora (OR=2.93; IC95%=1.85-4.65) e a interação das variáveis c) ter mais de 50 anos e ter antecedentes familiares com sintomas de TMC (OR=3.96; IC95%=1.45-10.86) e d) ter cursado o Ensino Médio e ter rendimentos entre um e dois salários mínimos (OR=4.09; IC95%=1.44-11.66). De caráter preliminar, o primeiro estudo veio apontar para o alto índice de TMC presente entre as mulheres rurais e para sua relação com aspectos socioeconômicos e de gênero. O segundo estudo, de natureza qualitativa, transversal, exploratória e analítica, objetivou analisar - a partir do relato das participantes - quais elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade ao TMC estão presentes nas vivências das mulheres residentes em cidades rurais paraibanas que contribuem para estas sofrerem com o TMC. Contou com a participação de 10 mulheres com idades entre 24 e 74 anos (M= 51,7; DP = 18,1) utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas. Estas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, utilizando como auxílio o software Maxqda versão 11. A categorização temática permitiu a obtenção de duas classes temáticas: a primeira intitulada “Cenários rurais do sofrimento feminino” fez referência aos aspectos objetivos do sofrimento e envolveu seis categorias de análise, a saber, a) Sintomatologia; b) Motivos para o sofrimento; c) Consequências do sofrimento; d) Práticas de autocuidado; e) Assistência em saúde e f) Cuidados em saúde mental. Já a segunda classe temática, intitulada “Vivências rurais do sofrimento feminino” fez referência aos aspectos sociais e intersubjetivos do sofrimento e envolveu três categorias de análise, a) Relações Conjugais; b) Rede de apoio social e c) Cotidiano rural. De maneira geral, os resultados permitiram concluir que, no meio rural, a relação entre elementos individuais, sociais e programáticos perpassados por desigualdades de gênero associadas aos papéis sexuais, em especial, o papel de mãe, contribuem para situações de vulnerabilidade ao TMC entre as mulheres rurais paraibanas.

Palavras-chave: transtorno mental comum; vulnerabilidades; mulheres; cidades rurais.

ABSTRACT

The Common Mental Disorders (CMD) involves a set of signs and symptoms of non-psychotic nature, given its social, can be easily found in economically disadvantaged populations, especially among women. To have as a backdrop the small municipalities, this study has the thesis that poor living conditions when associated with issues such as gender inequalities and shortcomings in health services contribute to women of these locations are in vulnerability situations to CMD. In this sense, we aimed to analyze the main elements of vulnerability to CMD presented by women living in rural towns of Paraíba/Brazil. Two empirical studies were performed. The first epidemiological, transversal and quantitative aimed to identify the prevalence of CMD in women living in rural towns of Paraíba. With the participation of 608 women (mean age = 43 years old, SD=14.64) and the use of a socio demographic questionnaire and the Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). The prevalence of CMD found among women was 31.6% and the most common symptoms related to somatic complaints and depression and anxiety symptoms. They were associated with the presence of CMD variables: family income lower than a minimum wage (χ^2 (gl)=3,951(1); $p=0.047$); being a victim of domestic violence (χ^2 (gl)=20.987, $p=0.001$); experience of stressful situation (χ^2 (gl)=38.913, $p=0.001$) and family history with the same symptoms (χ^2 (gl)=12.304; $p=0.001$). Using logistic regression, it was as predictive variables for the CMD in the sample investigated a) being a victim of domestic violence (OR=2.58; CI95%=1:23 to 5:45); b) be experiencing stressful situation (OR=2.93; CI95%=1.85-4.65) and the interaction of variables c) have more than 50 years old and have a family history with symptoms of CMD (OR=3.96, CI95%=1.45-10.86) and d) having completed high school and have income between one and two minimum wages (OR=4.9, CI95%=1.44-11.66). In preliminary nature, the first study has point to the high CMD rate this among rural women and their relationship with socioeconomics and gender aspects. The second study, qualitative, cross-sectional, exploratory and analytical nature, aimed to analyze - from the account of the participants - which elements (individual, social and programmatic) vulnerability to the CMD are present in the experiences of women living in rural towns of Paraíba that contribute for those suffering with the CMD. With the participation of 10 women aged between 24 and 74 years old (M = 51.7, SD=18.1), using semi-structured interviews. These were analyzed using content analysis technique, using as support the Maxqda software version 11. The thematic categorization allowed to obtain two thematic classes: the first entitled "Scenarios rural of female suffering" made reference to the objective aspects of suffering and it involved six categories of analysis, namely a) Symptoms; b) Reasons for suffering; c) suffering the consequences; d) Self-care practices; e) Health care and f) mental health care. The second thematic class entitled "Rural female suffering experiences" made reference to the social and inter-subjective aspects of suffering and involved three categories of analysis, a) Marital Relationships; b) social support network and c) Rural Routine. Overall, the results showed that, in rural areas, the relationship between individual elements, social and programmatic walked down by gender inequalities associated with gender roles, in particular the role of mother to converge in vulnerable situations to CMD between rural women of Paraíba.

Keywords: Common Mental Disorders; Vulnerability; Women; Rural Towns

INTRODUÇÃO

Grande parte da população mundial sofre com enfermidades mentais e os aspectos ligados as suas causas e consequências se apresentam como fenômenos preocupantes para a saúde pública e coletiva nos dias atuais. Fatores genéticos associados ao estresse do dia a dia, às cobranças sociais e de mercado e, principalmente, às condições de desigualdade e miserabilidade em que vivem alguns grupos populacionais são alguns dos elementos que contribuem para o aparecimento de uma série de transtornos que afetam a saúde das pessoas (Goldberg & Goodyer, 2005; Lopes, Faerstein, & Chor, 2003; Ludermir, 2005, 2008; Ludermir & Melo Filho, 2002; Patel & Kleinman, 2003).

Ao levar em consideração as características populacionais e os instrumentos de rastreamento e diagnóstico utilizados, pesquisas epidemiológicas mostraram que a prevalência de transtornos mentais ao redor do mundo tem estimativas entre 12,2% a 48,6% (Gonçalves & Kapczinski, 2008a; 2008b; OMS, 2008). Dentre os países latino-americanos, o Brasil apresenta maiores prevalências na população jovem e produtiva, com idade entre 15 a 59 anos (OMS, 2000). Destaque para os transtornos de humor, de ansiedade e somatoformes entre as mulheres e os relacionados ao uso de substâncias psicoativas entre os homens (Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Rabasquinho & Pereira, 2012). Discriminação e isolamento social (Nunes & de Torrenté, 2009) o abuso de álcool e outras drogas (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2010), tentativas de suicídio (Botega, Chachamovich, Stefanello, & Turecki, 2009) entre outros, são elementos que podem ser destacados na vivência das pessoas com sofrimento mental.

Além dos danos psíquicos causados, os transtornos mentais também afetam outras dimensões da vida das pessoas e seus familiares, trazendo graves consequências socioeconômicas. Contribuem significativamente, por exemplo, para o absenteísmo no trabalho, seja do paciente ou do cuidador (Olivier, Perez, & Behr, 2011; Silva Júnior, 2012) e, em termos de organização dos sistemas de saúde, são responsáveis por grande parte das

demandas e pelo grande ônus delas gerado (Gonçalves & Kapczinski, 2008a; Kohn, Mello & Mello, 2007; Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, & César, 2006). Ademais, os transtornos mentais também são responsáveis pelo aumento dos gastos governamentais em termos de assistência previdenciária, pois, apesar de causarem pouco mais de 1% de mortalidade, são uma das principais causas de incapacidade pessoal e laborativa (Andrade et al., 2006; Santos & Siqueira, 2010). Estudo realizado pela OMS (2008) que avaliou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo nas pessoas com idade variando entre 15 a 44 anos constatou que 12,3% da sobrecarga total da doença (isto é, o número de anos vividos ajustados por incapacidade causada pela doença—em inglês Disability Adjusted Life Years – DALYs) são causados por doenças neuropsiquiátricas. A OMS afirma ainda que este número aumenta para 23% em países em desenvolvimento, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações.

No Brasil, estudo realizado por Schramm et al. (2004) mostrou que os transtornos mentais figuraram entre as quatro principais causas de sobrecarga de doença ao lado das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Segundo pesquisa realizada em Porto Alegre/RS por Boff, Leite e Azambuja (2002) que objetivou identificar os principais agravos à saúde dos trabalhadores subjacentes a concessão de benefício assistencial do tipo auxílio-doença, os transtornos mentais mostraram ser a quarta causa de concessão deste benefício em exame médico pericial inicial e a segunda causa por afastamento temporário no trabalho, ficando à frente, por exemplo, das doenças cardiovasculares. Já pesquisas recentes realizadas por Siano, Ribeiro, Santiago e Ribeiro (2008) e Jurado et al. (2013) confirmaram essa relação e ressaltaram, no caso da primeira pesquisa, que indivíduos sem vínculo empregatício tendem a se apresentar ao exame pericial com queixas subjetivas e/ou quadros tipicamente psiquiátricos com maior frequência que os indivíduos empregados. Já o segundo estudo, acrescentou o fato dos transtornos mentais figurarem também como uma das três

principais causas da concessão de aposentadoria por invalidez. Tais dados apontaram para a complexidade do fenômeno e mostraram ser o trabalho um importante fator de saúde e de qualidade de vida para as pessoas, o que indica a necessidade de adequação, expansão e diálogo entre as políticas de saúde, assistenciais e de trabalho, de modo a envolver as consequências destes agravos.

Ao reconhecer a importância dos aspectos elencados, na tentativa de contribuir com o diagnóstico e proporcionar maior cuidado às pessoas com transtornos mentais, a OMS (2011) propõe que o eixo do atendimento nesta área seja direcionado para os centros primários de atenção. O objetivo é dar cobertura assistencial a uma maior parcela da população, incluindo, principalmente, aquelas em maiores situações de vulnerabilidade, de modo a melhorar o acesso aos serviços, o cuidado e evitar tratamentos inespecíficos e/ou inapropriados. Dentre as recomendações da OMS (2011) para o cuidado da saúde mental nos serviços primários é dado destaque à função das equipes de saúde no sentido de procurar desenvolver ações que visem o rastreamento, encaminhamento e monitoramento dos usuários que possuem transtornos mentais. Tal posicionamento torna-se válido a partir de pesquisas que mostram que nos serviços primários tais transtornos chegam a representar quase um quinto de todas as consultas realizadas (Carlotto, Amazarray, Chinazzo, & Taborda, 2011; Costa & Ludermir, 2005; Gonçalves & Kapczinski 2008b; Ludermir & Melo Filho, 2002; Moreira, Bandeira, Cardoso, & Scalón, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005; 2013), cerca de 10 a 12% dos brasileiros não apresentam transtornos mentais graves, mas apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que precisa de cuidados, seja na forma de assistência médico-psicológica, aconselhamentos, grupos de orientação ou outras formas de abordagem. Neste quadro, destaca-se o chamado Transtorno Mental Comum (TMC). Tal transtorno, segundo autores como Goldberg e Goodyer (2005), é frequentemente encontrado na população, mas enquanto

categoria diagnóstica não está descrita nos manuais classificatórios, como o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition [DSM-V] e a Classificação Internacional de Doenças [CID-10]. Tal transtorno envolve um conjunto de sinais e sintomas presentes em diferentes categorias diagnósticas, o que dificulta seu reconhecimento e tratamento. Assim, de acordo com Goldberg e Goodyer o não enquadramento nestes instrumentos classificatórios faz com que o cuidado e a atenção das pessoas acometidas pelo TMC sejam muitas vezes renegados, uma vez que não envolve o atendimento por serviços especializados. Neste cenário, a detecção deste transtorno nos serviços primários se faz importante porque contribui para um melhor acompanhamento dos usuários destes serviços e para a diminuição da procura, muitas vezes, desnecessária por atendimento médico especializado, especialmente, em nível privado. No Brasil, os cuidados primários são realizados por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que desde 1994, vem se consolidando como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde em todo país, com enfoque na intervenção precoce, prevenção e educação em saúde, ao trabalhar por meio de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial integrada às necessidades da comunidade que atende (Brasil, 2012b)

Todavia, é preciso considerar, de acordo com autores como Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira e Hidalgo (2011) e Gonçalves (2009), as deficiências destes serviços quanto ao reconhecimento e cuidado dos transtornos mentais. Segundo estes autores, dos usuários que procuram a Atenção Básica, entre 20% a 55% apresentam pelo menos um diagnóstico de transtorno mental e destes apenas 25% recebem o diagnóstico correto e tratamento adequado. Ademais, é comum observar no dia a dia dos serviços primários de saúde a falta de uma rede articulada em saúde mental e dificuldades de muitos profissionais em lidar com estas formas de sofrimento, os quais apresentam, muitas vezes, preconceitos arraigados que ainda veem o sofrimento psíquico com certo temor e que acreditam que este é apenas de competência de certas especialidades, como a Psiquiatria e a Psicologia (Dimenstein, Santos, Brito, Severo, &

Morais, 2005; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007). Soma-se a isso as próprias deficiências destes serviços em termos estruturais e de acesso, o que dificulta o cuidado destinado a saúde mental neste nível de atenção.

Esta problemática toma outra dimensão ao se levar em consideração as diferenças regionais e intermunicipais. Se os grandes centros urbanos apresentam dificuldades no cuidado e tratamento das pessoas com transtornos mentais, o que dirá as pequenas cidades do sertão brasileiro, onde há precariedade de recursos materiais e humanos para este cuidado? Ao ter como cenário os municípios de pequeno porte, por exemplo, observa-se que muitos deles apresentam carências em vários serviços de saúde, desde os mais básicos até àqueles que envolvem maior complexidade como os hospitais gerais e diversas especialidades médicas (IBGE, 2011). Nas chamadas cidades rurais este fato merece ainda mais atenção. Com baixa densidade demográfica (menor que 11.000 habitantes) e preservando aspectos culturais e sociais que lembram o meio rural, tais cidades, em sua maioria, dispõem apenas da ESF como serviço de saúde local disponível, o que faz com que sua população precise se deslocar para outras cidades em busca de atendimentos mais complexos. Isto implica em aumento no tempo despendido para se chegar ao destino e nos gastos com o transporte, no aumento considerável do tempo de espera para uma consulta e da superlotação nos hospitais nos centros maiores. Tais dificuldades se traduzem, em muitos casos, em fatores de desistência ou mesmo de baixa procura para o tratamento e cuidado em saúde pela população que ali reside (Alcântara & Lopes, 2012; Silva, Dimenstein, & Leite, 2013). No tocante ao TMC, tais condições podem contribuir para a falta de cuidados com aqueles que dele padecem.

Preocupações sobre o fenômeno do TMC também envolvem diferenças sobre seu aparecimento entre os sexos. Pesquisas epidemiológicas mostraram que a prevalência de TMC tende a ser maior no sexo feminino (Anselmi et al., 2008; Araújo, Pinho, & Almeida, 2005; Bandeira, Freitas, & Carvalho Filho, 2007; Farias & Araújo, 2011; Moreira et al., 2011). As

possíveis causas dessa associação ainda estão por ser esclarecidas, sendo que, historicamente, a relação entre transtornos mentais e mulheres tem sido associada à ideia de “natureza feminina”, onde as mudanças no humor e comportamento têm sido explicadas a partir de alterações hormonais relacionadas ao sistema reprodutivo (Del Priore, 2009; Moraes, 2010, Silveira, 2000; Vieira, 2008). Entretanto, pesquisadores sociais vão chamar a atenção também para os fatores resultantes das condições socioeconômicas e estruturantes de vida que sob a influência das relações desiguais de gênero interagem de forma a aumentar e/ou explicar essa suscetibilidade (Anselmi et al., 2008; Patel, Kirkwood, Pednekar, Weiss, & Mabey, 2006). No mundo rural, tais condições, quando atreladas a pouca estrutura e as deficiências nos cuidados em saúde, podem contribuir para maior vulnerabilidade feminina ao adoecimento pelo TMC nestas localidades.

Neste sentido, ao levar em consideração a existência de estudos que discutem a prevalência de TMC na população em geral, suas causas e consequências (Bandeira et al., 2007; Farias & Araújo, 2011; Gianini et al., 2008; Gonçalves & Kapczinski, 2008a; 2008b; Lopes et al., 2003; Ludermit & Melo Filho, 2002; Maragno et al., 2006; Rodrigues-Neto, Figueiredo, Faria, & Fagundes, 2008; Silva Júnior, 2012) pôde-se observar a escassez de estudos que abordem o sofrimento mental feminino nos pequenos municípios do Brasil e da região Nordeste, sobretudo, nas cidades rurais. Ao procurar contribuir com esta lacuna, este estudo tem por tese que as precárias condições de vida em que vivem as mulheres residentes em cidades rurais quando associadas às questões como as desigualdades de gênero e as deficiências nos serviços de saúde presentes nestas localidades contribuem para que elas se encontrem em maiores situações de vulnerabilidades ao TMC.

Ao partir desta afirmativa, surgiu os seguintes questionamentos:

1. Qual a prevalência de TMC na população feminina de cidades rurais paraibanas?

2. Quais os principais elementos de vulnerabilidade para esta enfermidade nessa população?
3. Como as mulheres de cidades rurais paraibanas que sofrem com TMC vivenciam estas condições?
4. Quais recursos as mulheres de cidades rurais paraibanas possuem e utilizam para enfrentar estas condições?

Para tentar responder a estes questionamentos, a presente tese teve por objetivo geral analisar os principais elementos de vulnerabilidade ao TMC em mulheres residentes em cidades rurais da Paraíba. Pretendeu-se compreender – a partir do relato das experiências vividas - a forma e as repercussões trazidas pelas mulheres com relação ao seu sofrimento psíquico, suas condições de vida, suas vivências, bem como o acesso e a utilização dos serviços de saúde e como estas questões contribuem para a vulnerabilidade feminina ao TMC nestas localidades. Esta pesquisa fez parte de um estudo maior intitulado “*Vulnerabilidades feminina em saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de mulheres residentes em cidades rurais*” aprovado e financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Proc. 405052/2012-0 - MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012). Como dito anteriormente, a carência de estudos que abordem a análise das experiências de vida de mulheres que sofrem com o TMC em cidades rurais é uma lacuna na literatura científica, especificamente, sua análise por meio do Quadro da Vulnerabilidade (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012), razão pela qual a presente pesquisa pretendeu se debruçar sobre este objeto.

Em termos estruturais, a presente tese ficou composta por duas partes: a primeira delas, referente à revisão da literatura e ao marco teórico, apresenta quatro capítulos, onde o primeiro versa sobre os aspectos clínicos e socioculturais do TMC ao demonstrar suas principais características, índices de prevalência e sua associação com elementos psicossociais presentes em dada população. O segundo capítulo traz uma visão acerca do sofrimento feminino

enquanto construção histórica e social, o qual é analisado por meio das relações sociais de gênero a partir da visão patriarcal-capitalista. O terceiro faz referência às políticas públicas de saúde e acesso aos serviços nas cidades rurais, que contribuem, de certa forma, para o adoecimento e o sofrimento feminino nestas localidades. Por fim, o quarto e último capítulo apresenta o quadro da Vulnerabilidade enquanto perspectiva de análise, ao partir do princípio de que a ideia de vulnerabilidade em saúde busca compreender todas as especificidades, diversidades e complexidades que permeiam o processo saúde-doença por meio da articulação, em suas construções conceituais, de elementos individuais, sociais, econômicos, culturais e político-institucionais (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ribeiro, 2013).

Já a segunda parte da tese apresenta os dois estudos empíricos realizados: o primeiro, de caráter epidemiológico, quantitativo e descritivo, teve por finalidade verificar a prevalência do TMC na população-alvo, bem como a associação deste transtorno com os fatores socioeconômicos, de estilos de vida e cuidados em saúde mental. Já o segundo estudo, de caráter qualitativo e analítico/compreensivo, teve por objetivo verificar e analisar os principais elementos de vulnerabilidade ao TMC entre as mulheres investigadas. A cada estudo foram descritos seus objetivos, o método utilizado e os resultados encontrados. Por fim, foi feito um apanhado geral que, enquanto considerações finais, longe de encerrarem a discussão sobre a problemática em questão, pretendeu trazer algumas contribuições para o debate e lançar luz a outras investigações mais aprofundadas sobre o fenômeno do sofrimento mental feminino em cidades rurais.

**CAPÍTULO I - TRANSTORNO MENTAL COMUM: ASPECTOS CONCEITUAIS,
CLÍNICOS E SOCIAIS.**

1.1 Definição e sintomatologia do TMC

Em termos orgânicos e sintomáticos definir transtorno mental não é uma tarefa tão simples, uma vez que, de acordo com a OMS (2006), o que existe, geralmente, não é um quadro clínico unitário, mas um grupo de sintomas que agregam algumas características em comum. Assim, a OMS afirma que, atualmente, há um intenso debate acerca das condições que são ou que deveriam ser incluídas na definição de transtorno mental, especialmente, ao se levar em consideração as conceituações trazidas nos manuais de diagnóstico e classificação atualmente utilizados como o DSM-V e o CID-10. Isto porque, segundo este órgão, definições fechadas e rígidas podem ter implicações significativas na vida das pessoas, como por exemplo, quando se decide que tipo e/ou grau de transtorno é potencialmente merecedor ou não de cuidado pelos serviços especializados e/ou tratamentos involuntários.

Comumente, o termo transtorno é utilizado para evitar problemas inerentes ao uso de outras palavras tais como doença ou enfermidade que, historicamente, carregam uma conotação negativa. De maneira geral, segundo sua definição no CID-10 (OMS, 1993) transtorno mental tende a significar a existência de um conjunto de sintomas e comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maioria dos casos, a um mal-estar psíquico resultante de disfunção física, psicológica, química ou social, que produz interferências no funcionamento tido como normal das pessoas. Destarte, a OMS (2006) já reconhece que para uma melhor definição do que sejam transtornos mentais deve-se levar em conta o contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. Deste modo, afirma que é possível encontrar diferentes definições sobre o que é considerado transtorno mental na legislação dos diversos países, remontando também diferentes formas de cuidado e tratamento.

Neste contexto, preocupações e atenções vêm sendo direcionadas ao chamado TMC. O termo, elaborado por Goldberg e Huxley (1992, citado por Goldberg & Goodyer, 2005), inclui um conjunto de sintomas psicofísicos como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldades de

memória e concentração e, especialmente, queixas somáticas. Estas últimas, segundo pesquisa realizada por Medeiros (2003), envolvem de forma mais frequente tonturas, palpitações, agonia, angústia, aperto no peito, entre outros. Também é comum o aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos como tristeza, choro frequente e pensamentos suicidas. De caráter não-psicótico, tais sintomas de acordo com Goldberg e Goodyer (2005) são frequentemente encontrados na comunidade e, apesar de em seu conjunto não preencherem os critérios formais para o diagnóstico de transtorno mental convencional, podem provocar uma ruptura no funcionamento considerado normal das pessoas, sendo vivenciados de forma tão dolorosa quanto algumas enfermidades mentais consideradas mais graves. No entanto, na maioria das vezes, tais sofrimentos passam despercebidos aos olhos dos profissionais da saúde (Andrade et al., 2006; Gianini et al., 2008; Moreira et al., 2011).

A compreensão de transtornos trazida nos manuais de classificação psiquiátrica já descritos representa, segundo Goldberg e Goodyer (2005), um modelo categorial eminentemente sindrômico, ou seja, seu diagnóstico tende a se basear em um conjunto de sinais e sintomas manifestos em determinados períodos e que, de certa forma, pode ser facilmente observado pelos profissionais de saúde. Já o TMC, segundo os autores, pode ser compreendido a partir de um modelo dimensional que se baseia na observação de sintomas individuais, sem relacioná-lo, no entanto, a um conjunto de sintomas pré-definidos e categoriais. Assim, para Goldberg e Goodyer, neste modelo é admissível que uma pessoa possa ter um ou vários sintomas de diversas categorias diagnósticas (por isso a ideia de dimensão), não se limitando a um conjunto principal de sintomas, nem desconsiderando outros que, eventualmente, possam ocorrer. Este modelo dimensional, ainda segundo os autores, pode facilitar o estudo dos sintomas que tendem a parecer juntos, constituindo-se em um importante instrumento para as demandas nos cuidados primários, pois, como afirmam, muitos dos transtornos observados na

comunidade possuem características mistas, combinando, principalmente, sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas.

Em termos conceituais, várias são as críticas ao uso do termo transtorno como referência a este conjunto de sintomas, uma vez que, segundo Fonseca et al. (2008) e Moreira et al. (2011) este remete a ideia biomédica de psiquiatrização e medicalização da vida. Assim, é possível encontrar na literatura a utilização de outros termos para se referir ao mesmo conjunto de sintomas, como por exemplo, sofrimento difuso (Fonseca et al., 2008) ou sofrimento mental (Brasil, 2013) e doença dos nervos (Azevedo, 2010; 2012; Castro, 2010, Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004; Silveira, 2000), sendo este último mais difundido entre a classe popular para descrever seu sofrimento. No entanto, em termos acadêmicos, a expressão TMC parece ser mais aceita e referenciada pelos pesquisadores (Anselmi et al., 2008; Araújo et al., 2005; Araya, Rojas, Fritsch, Acuña, & Lewis, 2001; Bandeira et al., 2007; Carlotto et al., 2011; Farias & Araújo, 2011; Fonseca et al., 2008; Lima et al., 2008; Lopes et al., 2003; Ludermir & Melo Filho, 2002; Maragno et al., 2006; Moraes, 2010; Patel et al., 2006; Silva, 2011) razão pela qual foi adotada na presente tese.

Apesar de, no geral, ser a manifestação dos sintomas depressivos e ansiosos a principal característica do TMC, sua apresentação por meio de queixas somáticas é mais comum e parece ser mais relatada pelos profissionais da atenção básica e pelos próprios pacientes (Azevedo, 2010; Fonseca et al., 2008; Medeiros, 2003; Silveira, 2000; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004). Sua materialidade no corpo oferece maior legitimidade ao sofrimento das pessoas enquanto vivência “real”. Deste modo, para autoras como Medeiros (2003) e Traverso-Yépez e Medeiros (2004), as queixas somáticas constituem-se no foco central de atenção e no principal motivo para busca de atendimento médico. Isto ocorre, segundo as autoras citadas, porque a expressão “materializada” do sofrimento está diretamente relacionada com a representação que ainda se tem de doença ou de ser/estar doente na sociedade. Esta, construída

aos moldes do modelo biomédico, reconhece a doença como alterações ou disfunções orgânicas, localizadas no interior dos indivíduos. Estar/Ser doente significa, portanto, expressar tais disfunções por meio do corpo, estando a cura relacionada ao desaparecimento dos sintomas e ao restabelecimento da vida normal (Dutra, Jorge, Fensterseifer, & Areosa, 2006).

E é sob esta necessidade de concretizar o sofrimento por meio de sintomas físicos que o diagnóstico de TMC torna-se complicado, especialmente, entre os médicos generalistas. A falta de preparação destes profissionais com relação às questões de saúde mental ou mesmo suas crenças de que doença corresponde somente à alterações fisiológicas, segundo Ballester et al. (2005), faz com que estes profissionais deem atenção apenas às queixas somáticas e não percebam os demais sintomas que estão envoltos. A dificuldade deste diagnóstico não só implica um tratamento inadequado como eleva os gastos em saúde por meio de encaminhamentos a especialistas e realização de exames desnecessários (Fortes et al., 2011; Maragno et al., 2006).

No contexto da atenção primária este fato é recorrente e torna-se relevante quando se leva em consideração a presença frequente deste transtorno enquanto comorbidade. Quando isso ocorre, além de dificultar seu diagnóstico e o tratamento correto, traz piora para o quadro clínico principal (Castro et al., 2011; Silva, 2011). Por suas características indeterminadas e difusas, mas, principalmente, por não apresentarem um fator orgânico que os justifique, os sintomas relacionados ao TMC são referidos e tratados, muitas vezes, pelos profissionais da saúde com certo preconceito e discriminação. A expressão destes sintomas é abordada por exemplo como comportamento poliqueixoso, histérico ou “pitiático” ou enquadrada no diagnóstico de distonia neuro-vegetativa (DNV) – termo médico utilizado para quadros imprecisos, sem causas orgânicas aparentes - desconsiderando-se o sofrimento e os elementos nele envolvidos (Azevedo, 2010; Fonseca et al, 2008; Medeiros, 2003; Silveira, 2000; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004). No tocante ao tratamento, este passa a ser centrado somente sobre as queixas emergentes no momento da consulta. Apenas quando tais queixas

não apresentam justificativas orgânicas plausíveis é que os sintomas psíquicos são considerados. O cuidado tende a envolver, na maioria dos casos, segundo Traverso-Yépez e Medeiros (2004), a prescrição e uso de medicamentos psicotrópicos, o que para as autoras decorre em outro problema de saúde pública que é o uso indiscriminado de medicamentos.

No mundo rural, a associação entre sofrimento psíquico e alto consumo de medicamentos psicotrópicos, por exemplo, já havia sido observada por Rozemberg (1994). Segundo pesquisa realizada pela autora com lavradores residentes em um pequeno município do sul brasileiro, por não haver médicos especialistas como psiquiatras e neurologistas na cidade – o que dificultava a realização de novas consultas e novas avaliações do estado de saúde - geralmente, as receitas dos medicamentos eram renovadas indiscriminadamente pelos médicos generalistas que atendiam no serviço básico de saúde local, sem maiores preocupações com relação a sua real necessidade. Como resultado, a maioria dos participantes da pesquisa relatou tomar tais medicamentos há muitos anos, sendo que muitos deles apresentaram a crença na cronicidade da doença e a forte dependência física e psicológica da medicação, não imaginando mais suas vidas sem o remédio.

O problema, de acordo com Lefèvre (1991), não reside no consumo de medicamentos, mas no consumo exagerado e na imagem santificadora que se construiu sobre eles, o que faz deste hábito um problema importante de Saúde Pública nos dias atuais. Segundo o autor, a representação do medicamento enquanto símbolo da saúde construída nas sociedades capitalistas a tornou uma mercadoria, ou seja, a saúde foi reificada aparecendo enquanto uma coisa concreta, que deve ser alcançada, buscada incessantemente. Nas palavras do autor:

(...) a saúde se expressa ou é representada (no palco social) através de serviços ou mercadorias, tornando-se algo que se obtém ou reobtem-se, permanente e infinitamente, pelo consumo de substâncias

(medicamentos, iogurtes, etc.) (...) a saúde deixa de ser uma característica de todo ser biologicamente bem formado, vivendo numa sociedade “bem formada” e passa a ser algo a ser obtido pelo consumo; semioticamente, ela passa a estar na mercadoria saudável (Lefèvre, 1991, p. 22).

O consumo de medicamentos pode ser visto assim, segundo Lefèvre (1991), em termos de sua eficácia simbólica, enquanto possibilidade de cura e obtenção de uma saúde definitiva. Tomar remédio, portanto, é ter saúde. Tal realidade ainda pode ser observada no dia a dia de muitas pessoas, especialmente, entre a população idosa (Telles Filho, Chagas, Pinheiro, Lima, & Durão, 2011). Ao objetivar a saúde, ainda segundo Lefèvre (1991), a sociedade não consegue visualizá-la em seu aspecto relacional, minimizando ou não enxergando a influência que as condições culturais, sociais e programáticas possuem para se ter ou não saúde. Reconhecer, portanto, a presença do TMC e as implicações deste na vida das pessoas é um dos desafios que se coloca aos profissionais de saúde, em especial, os que se encontram nos cuidados primários.

1.2 Prevalência do TMC na população e sua relação com os aspectos socioeconômicos

No cenário mundial o sofrimento pelo TMC representa em média 23% da clientela atendida em unidades gerais de saúde, com índice de 17% nos países ocidentais (Fortes, Lopes & Villano, 2008; Lopes et al., 2003). Nas nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento como as latino-americanas, as prevalências se apresentam maiores que em outros países. Na Colômbia, por exemplo, pesquisa realizada por Puertas, Ríos, and Valle (2006) mostrou que 27,2% das pessoas que vivem em bairros periféricos da cidade de Sincelejo apresentam TMC, resultado semelhante ao encontrado em Santiago no Chile por Araya et al., (2001) cuja prevalência foi de 26,7%. No Brasil, entre alguns grupos populacionais os índices chegam a

variar de 25% a 56%, com valor mais elevado, especialmente, entre aqueles atendidos pela ESF (Anselmi et al., 2008; Costa & Ludemir, 2002; Bandeira et al., 2007; Farias & Araújo, 2011d; Fortes et al, 2008; Fortes et al., 2011; Gianini et al., 2008; Ludemir & Melo Filho, 2002).

Todavia, para além de perspectivas diagnósticas sobre a prevalência do TMC na população geral, várias pesquisas têm se preocupado em apontar a relação entre o aparecimento do TMC com algumas características populacionais. Assim, a realização de estudos transversais nos últimos anos permitiu evidenciar que o TMC tende a ser mais frequentes em: mulheres; em pessoas mais velhas; separadas ou viúvas; de cor negra; com baixa escolaridade; com baixa renda; desempregadas ou com trabalho informal; que sofrem com outras doenças ou dores crônicas; com baixo apoio social e sem atividades de lazer (Anselmi et al., 2008; Araya et al, 2001; Carlotto et al., 2011; Costa & Ludermir, 2005; Farias & Araújo, 2011; Fortes et al., 2008; Fortes et al, 2010; Gonçalves & Kapczinsk, 2008b; Ludermir 2005; Ludermir & Melo Filho 2002; Lima et al., 2008; Maragno et al, 2006; Marin-Leon et al. 2007; Nunes, Jucá & Valentim, 2007; Rodrigues-Neto et al., 2008; Silva, 2011). Também estão relacionados a maior prevalência de TMC alguns eventos produtores de estresse como violência doméstica e dificuldades financeiras (Lopes et al., 2003).

A relação entre TMC e sexo feminino é quase uma unanimidade entre as pesquisas, relação essa que, devido a sua complexidade, será explorada neste estudo mais adiante. No tocante a raça/etnia, Morais (2010) ressaltou que pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram a existência de relação entre preconceito racial e problemas mentais. Para autores como Spanemberg e Juruena (2004) e Krieger, Smith, Naishadham, Hartman e Barbeau (2005), por exemplo, as pessoas que são vítimas de racismo por um longo período de tempo têm maiores chances de sofrer de alguma perturbação mental, o que pode aumentar a probabilidade de vir a desenvolver TMC. No entanto, tal relação nem sempre é significativa, como aconteceu no estudo de Rodrigues-Neto et al (2008), o que demonstra,

segundo estes autores, que esta variável deve ser analisada conjuntamente a outros fatores, especialmente, aos aspectos econômicos como pobreza e desemprego.

Com relação a variável idade, a maior prevalência de TMC em pessoas mais velhas pode estar relacionada, segundo Rodrigues-Neto (2008), às condições comuns do processo de envelhecimento. Para estes autores eventos comuns na velhice como maior exposição às doenças crônicas não transmissíveis e a vivência de eventos psicossociais como luto, separações conjugais, aposentadoria, dificuldade de iniciar novos projetos de vida, entre outros são fatores que contribuem para maior aparecimento de TMC nesta população. Já autores como Silva (2011) veem essa relação como equivocada, tecendo críticas a essa naturalização do sofrimento psíquico dos idosos ao próprio processo de envelhecer. Para esta autora, envelhecer nem sempre significa debilidade física ou mental, sendo possível perceber um número significativo de idosos que gozam de boa saúde e qualidade de vida. Na verdade, afirma que para além de uma perspectiva individual, fatores sociais, econômicos, entre outros é que contribuem para vivências de saúde ou doença na velhice.

Esta condição merece atenção quando existente ao lado de doenças crônicas. Em situações de presença de tais enfermidades, como já mencionado, a comorbidade do TMC pode dificultar o tratamento do quadro principal. Tomando o HIV/Aids, por exemplo, Silva (2011) afirma que o diagnóstico tardio do TMC pode prejudicar o próprio tratamento ao HIV/Aids, contribuindo para baixa adesão das pessoas idosas soropositivas à Terapia Antirretroviral (TARV) e maiores chances de apresentarem quadro demencial associado ao HIV. Estar atento a estes sinais e sintomas na velhice pode contribuir assim, segundo a autora, para um cuidado mais integral para esta população.

No caso da variável estado civil, pesquisa realizada no estado de Alagoas por Paffer, Ferreira, Cabral Jr. e Miranda (2012) com mães de crianças com até 02 anos de idade mostrou que a falta de um companheiro esteve associada a maior índice de TMC. A associação destes

fatores também foi observada nos estudos de Costa e Ludermit (2005) e Ludermit e Melo Filho (2002). Questões relacionadas ao suporte matrimonial e familiar podem ter implicações nestes achados. A ideia de que o TMC remete a um sofrimento que precisa ser compartilhado com o outro é trazida por Gomes e Rozemberg (2000), sendo importante, então, para estas autoras, a existência de um suporte familiar como forma de auxílio para os que deles padecem. No entanto, esta também é uma variável que deve ser investigada conjuntamente a outros elementos como as relações conjugais, familiares e a rede de apoio existente.

No que tange as atividades de lazer, estudo realizado por Araújo et al. (2007) com 1.920 habitantes de Feira de Santana/Bahia mostrou serem estes fatores de proteção ao TMC, sendo a prevalência dos sintomas para este transtorno duas vezes maior entre as pessoas que declararam não realizar atividades regulares de lazer. Resultado semelhante com população idosa de Feira de Santana também foi observado por Rocha et al. (2011). Tais estudos corroboram a ideia de que cuidar de si, de fazer o que se gosta e se distrair favorece positivamente o estado emocional das pessoas. Neste sentido, os autores chamam a atenção para que as políticas de saúde mental deem maior incentivo a realização destas atividades, no intuito de diminuir as barreiras que inibem ou dificultam o acesso da população a este tipo de atividade.

Entretanto, o que mais chama a atenção dos pesquisadores é a relação entre TMC e fatores socioeconômicos. Variáveis como renda, nível de escolaridade e inserção produtiva, segundo Fonseca et al (2008), estão intimamente vinculadas entre si e com o aparecimento de TMC em dada população. Em termos mundiais, revisão feita por Patel e Kleinman (2003) mostrou que essa relação se estende a muitos países, independente do seu nível de desenvolvimento, mas que se encontram mais presentes entre aqueles com índices significativos de pessoas consideradas em situação de pobreza. Por pobreza, os autores entendem em termos de baixo nível econômico, altos índices de desemprego e baixos níveis de

escolaridade. Os índices de TMC associados a estas variáveis foram tão significativos nas pesquisas levantadas que levou tais autores a considerar que o TMC deve figurar entre “*as chamadas doenças relacionadas à pobreza*” (pag.612).

Sobre esta afirmativa, entretanto, Patel e Kleinman (2003) juntamente com autores como Fortes et al. (2010) e Ludermir e Melo Filho (2002) chamaram a atenção para a ideia de causalidade reversa, afirmando que essa relação entre TMC e pobreza pode expressar, na verdade, um processo de retroalimentação, onde as péssimas condições de vida contribuem para o surgimento do TMC e este, por sua vez, reduz ou mesmo impossibilita as chances das pessoas de saírem das condições em que se encontram. Ademais, Patel e Kleinman ainda afirmaram que essa associação entre TMC e pobreza deve ser feita com cautela pelos pesquisadores, uma vez que, apesar de todas as evidências, a maioria das pessoas que vivem em condições de pobreza não apresentam doenças mentais. Neste sentido, colocam que essa discussão deve ser sempre relacionada a outros indicadores e/ou elementos socioculturais.

Todavia, a insegurança gerada pela instabilidade de emprego e renda é apontada por Patel e Kleinman (2003) e Marin-Leon et al (2007) como um importante fator relacionado ao TMC. Para estes autores é possível afirmar que o sentimento de desvalorização social causado pelo desemprego ou por condições precárias de trabalho podem comprometer o bem-estar psicológico individual. Já a estabilidade econômica obtida por meio de um emprego estável melhora não só as condições de vida, mas também a saúde e o estado emocional das pessoas. Pesquisa realizada por Ludermir (2005) em Olinda/PE, por exemplo, mostrou que nesta localidade os trabalhadores formais apresentaram sofrimento mental significativamente menor que os informais, chamando a atenção para o fato de que a incerteza sobre a situação de trabalho gerada pela informalidade, quando aliada aos baixos rendimentos, ao estresse no ambiente de trabalho, ao controle rígido e autoritário das gerências e a ausência de benefícios sociais e de

proteção da legislação trabalhista podem ser os responsáveis pelo desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão entre estes trabalhadores.

Em relação à renda, é sabido que ao proporcionar acesso a melhores condições de vida, esta possibilita o indivíduo também ter acesso a uma melhor educação, o que por sua vez, possibilita melhor inserção ocupacional. Neste caso, para Patel e Kleinmann (2003), baixo nível de escolaridade está relacionado a piores condições de trabalho e baixos salários. Assim, para estes autores, renda, escolaridade e trabalho formam um tripé importante para a análise da possibilidade de uma pessoa vir a desenvolver TMC. Autores como Ludermir (2008), Ludermir e Melo Filho (2002) e Patel e Kleimann (2003), destacam ainda que um bom nível de escolaridade também proporciona melhorias nos aspectos relacionados à vida pessoal como autoestima, motivação, realização de sonhos, melhores perspectivas de futuro e, especialmente, a busca por novos conhecimentos. Neste sentido, para estes autores, não se pode deixar de analisar o impacto destas variáveis no estado emocional das pessoas, mostrando a necessidade das políticas sociais e dos programas em saúde mental de atender a estes fatores.

**CAPÍTULO II - O SOFRIMENTO PSÍQUICO FEMININO SOB A ÓTICA DAS
RELAÇÕES DE GÊNERO.**

Diferenças entre homens e mulheres com relação à incidência, prevalência e/ou mesmo desenvolvimento de transtornos mentais, entre os quais o TMC, têm sido observadas e demonstradas por estudos epidemiológicos ao longo dos anos, recaindo, geralmente, para a população feminina os maiores índices (Andrade et al, 2006; Anselmi et al, 2008; Bandeira et al, 2007; Carlotto et al, 2011; Farias & Araújo, 2011; Patel & Kleimman, 2003). Enquanto as mulheres parecem estar mais sujeitas às desordens relacionadas ao aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade, os homens, por sua vez, tendem a apresentar transtornos antissociais e ligados ao uso de substâncias psicoativas (Andrade et al, 2006; Rabasquinho & Pereira, 2007). Análises feitas sobre essa diferenciação mostraram que os elementos envolvidos vão além de diferenças biológicas características dos sexos, mas expressam fatores de ordem cultural, social e histórica, tendo como cenário as relações de gênero (Garcia, 1995; Silveira, 2000).

Enquanto objeto de interesse sociológico, os primeiros estudos acerca das diferenças percebidas nas relações entre homens e mulheres só vieram ocorrer em meados dos anos 70-80 no século XX, com forte influência do movimento feminista que compreendia que muitas das desigualdades e situações de sofrimento e opressão vivenciadas pelas mulheres eram frutos das relações e estruturas sociais vigentes que agiam em favor dos homens (Pinsky, 2009; Zanello & Bukowitz, 2011). Sob essa perspectiva emergiram, nesse período, vários estudos com referência a temas relacionados à condição feminina como constituição familiar, sexualidade, divisão sexual no trabalho, sofrimento feminino, violência contra a mulher, entre outros.

Nas últimas décadas, a adoção do termo gênero – enquanto categoria social de análise (Scott, 1995) - tem crescido consideravelmente, sendo utilizado não só para explicar as relações construídas entre homens e mulheres, mas também as relações entre mulheres e mulheres e homens e homens, o que implica numa profunda compreensão acerca da (re)construção dos

papéis sociais e supostas representações sobre o feminino e o masculino, bem como suas repercussões na subjetividade das pessoas e sua expressão nas diversas esferas da vida social.

Porém, compreende-se que tais relações, em especial, as relações homem-mulher, antes de tudo, conservam seu caráter histórico. Assim, uma das correntes teóricas que se apresenta como explicativa para as desigualdades entre homens e mulheres ainda observadas é a que se baseia na união da ideologia patriarcal e o desenvolvimento do capitalismo (Narvaz & Koller, 2006; Nogueira, 2010; Saffioti, 2001; 2015; Zanello & Bukowitz, 2010). De cunho marxista e construída no seio do movimento feminista nos anos 70, tal corrente vem afirmar que as desigualdades estabelecidas entre homens e mulheres se constroem com base em um sistema de dominação/exploração que não só designa espaços e papéis sociais diferenciados a serem ocupados por homens e mulheres como também atribui e legitima ideais de masculinidade e feminilidade que reforçam o poderio masculino e cujos efeitos podem ser observados nas vivências (objetivas e subjetivas) das pessoas (Almeida, 2010; Carvalho, 2011; Machado, 2000; Nogueira, 2010; Pinsky, 2009; Saffioti, 2015; Zanello & Bukowitz, 2011).

Por reconhecer a influência que os papéis sociais tradicionais possuem na adoção de determinados comportamentos e práticas em saúde além dos seus reflexos nas vivências de adoecimento de homens e mulheres nos dias atuais, tomar-se-á neste estudo alguns aspectos desta corrente enquanto aporte analítico para relacionar às questões de gênero e o sofrimento feminino aqui retratado. Ademais, reconhece-se o fato de que o sistema patriarcal/capitalista está intrinsecamente relacionado à institucionalização do poderio biomédico e, conseqüentemente, da legitimação do saber e da prática médica psiquiátrica sobre os cuidados em saúde mental. Sua expressão em forma de controle moral e social, por exemplo, ainda pode ser observada nas práticas e nos cuidados em saúde atuais. Para uma melhor compreensão acerca da construção deste sistema organizacional e os efeitos de seu pensamento para o adoecimento feminino, faz-se um breve relato a seguir.

2.1 Patriarcalismo, capitalismo burguês e moralidade psiquiátrica: o sofrimento psíquico feminino como expressão dos controles social e subjetivo.

Historicamente, o estabelecimento da propriedade privada pelas sociedades agrícolas e o reconhecimento da paternidade como fator primordial na continuidade geracional e usufruto dos direitos de herança exigiram novas configurações sociais, familiares e nas relações de trabalho, onde o homem foi adquirindo certas vantagens em relação à mulher. Tais acontecimentos são tidos como marcos na construção do chamado patriarcalismo, sistema organizacional e de pensamento social que procurou firmar o poderio masculino sobre o feminino (Narvaz & Koller, 2006; Santos & Oliveira, 2010; Silva, 2012).

Na estrutura patriarcal original, a figura central no seio família era ocupada pelo pai (*pater familiae*) que detinha todo o poder sobre as mulheres, filhos, escravos ou vassalos, possuindo, inclusive, direitos de vida e morte sobre eles (Silva, 2012). Este poder assumido pelo pai estendia-se, portanto, ao marido, ao senhor. Tal padrão de poder, no entanto, como assinalou Silva, não era universal, sendo assimilado de diferentes formas pelas diversas culturas, a depender do grau de contato entre os povos. Mas, de maneira geral, segundo a autora citada, essa nova organização social procurava legitimar o domínio dos homens sobre as mulheres.

Assim, durante anos, contando com a influência da religião – em especial, o Cristianismo no período que compreendeu a Idade Média - o ideal patriarcalista de superioridade masculina dominou o pensamento e comportamento das sociedades ocidentais, atribuindo maior valor às atividades e aos papéis desempenhados pelos homens em detrimento aos das mulheres (Lemos, 2007; Narvaz & Koller, 2006, Silva, 2012). Nesse ínterim, a imagem construída sobre as mulheres sofreu grandes transformações, sendo esta vista muitas vezes de forma antagônica, ora tratada como pecadora e demoníaca, ora como santa, o que segundo Hernandez e Barbosa (2013) e Lemos (2007) pode ser observado nas imagens, representações e relatos bíblicos

associados às figuras de Eva, Maria Madalena e da Virgem Maria. Tais representações, segundo Hernandez e Barbosa (2013) remetiam a um discurso moralizador que, sob o olhar patriarcal, aludiam à ideia da obediência e servidão incondicional das mulheres aos homens e suas leis. No mundo ocidental, os dogmas cristãos patriarcais constituíram-se para os autores citados, como uns dos primeiros instrumentos de controle sobre as mulheres e como elementos fundamentais na estruturação das desigualdades de gênero.

Com a Modernidade, a ideia de supremacia masculina ganha novos contornos. O iluminismo renascentista e a revolução capitalista ocorridos entre os séculos XVII e XIX foram responsáveis por uma série de mudanças nas sociedades ocidentais, com profundo impacto no processo social, cultural, político e econômico. Mas se por um lado, tais acontecimentos foram responsáveis pelo declínio da estrutura patriarcal tradicional, segundo Araújo (2011) também deram margem ao fortalecimento da classe burguesa que diante suas necessidades de autoafirmação e busca pelo poder procurou redefinir o lugar e o papel assumidos por homens e mulheres. Neste sentido, com o objetivo de manter a nova ordem e fortalecer o desenvolvimento econômico, o ideal burguês, segundo o autor citado, instituiu outras formas de sociabilidade, hábitos e costumes, tendo por foco a família enquanto principal receptora e reprodutora destas normas, reutilizando para tal, pensamentos e práticas da estrutura patriarcal.

A imagem da família burguesa, segundo Araújo (2011), ainda era constituída por um casal (pai e mãe) e filhos, organizada de maneira hierarquizada com base em uma rígida divisão de papéis – sexuais e reprodutivos – que reforçou a separação entre homens e mulheres, já existente, no âmbito público e privado. O pensamento econômico capitalista que se desenvolvia à época, de acordo com Alves (2012), forneceu evidências para a expansão dessa divisão ao substituir o lugar de produção da casa (utilizada pelos artesãos) para a fábrica (utilizada a partir de então pelos operários). Com base na visão patriarcalista, esta estrutura econômica se apropriou da ideia de inferiorização e subordinação feminina para desqualificar o trabalho das

mulheres (no caso, das mulheres da classe abastada) ou oferecê-las condições ainda mais precárias de trabalho (no caso, das mulheres da classe operária) (Nogueira, 2010; Santos & Oliveira, 2010, Silva, 2012).

À época, também mostrava ser de grande importância para o capital o lugar assumido pela mulher na esfera doméstica, uma vez que esta seria não só responsável pelo cuidado, mas também pela garantia da reprodução de novos trabalhadores, ou seja, de novas forças de trabalho (Nogueira, 2010). Estabelecia-se então, o lugar e o papel que homens e mulheres deveriam ocupar na sociedade capitalista. De forma geral, reforçou-se o espaço público como o lugar do homem e seu papel de provedor, sendo responsável pela proteção e sustento da família. Enquanto à mulher ficava cada vez mais confinada à esfera privada, com responsabilidade pela gerência familiar, pela procriação e os cuidados com o lar, com as crianças e com o marido. Apesar desta estrutura organizacional familiar envolver de maneira mais efetiva as famílias de classe abastada, logo seus ideais foram transferidos para a classe popular e por ela introjetados.

Essa desigualdade de territórios e papéis ocupados por homens e mulheres deu margem à propagação de ideias relacionadas a supostas naturezas biológicas e psíquicas, atribuindo-se às mulheres uma condição intelectualmente inferior e emocionalmente instável (Garcia, 1995; Tarso, 2009; Vieira, 2008). Relacionada especificamente ao campo reprodutivo, a imagem construída em torno das mulheres foi a de um ser criada por e para o homem. Maternidade, monogamia, obediência, amor incondicional e inibição da sexualidade foram alguns dos aspectos ligados a esta representação (Fávero, 2010; Garcia, 1995; Hernadez & Barbosa, 2013). Assim, a ideologia patriarcalista de inferiorização feminina veio servir perfeitamente a hegemonia do capital e a articulação destes dois sistemas, segundo Saffioti (2015), veio solidificar a condição de subserviência e opressão das mulheres. Como forma de legitimar o pensamento moderno do ser homem e ser mulher, o ideal burguês passou a contar, a partir do

século XIX, com uma importante aliada: a ciência, em especial, a Medicina Social, sob o seu olhar higiênico e psiquiátrico (Del Priore, 2009; Vasconcellos & Vasconcellos, 2007; Zanello & Bukowitz, 2011).

No final do século XVIII e início do século XIX, a ciência positivista estava em seu apogeu e seu discurso atravessava os muros acadêmicos, ganhando espaço em meio à sociedade. No tocante a Medicina, esta foi responsável por um fenômeno que ainda hoje é de grande interesse para os estudiosos da saúde: a medicalização da vida. Esta, segundo Vieira (2008), consiste em transformar aspectos da vida cotidiana em objetos de estudo e de intervenção médica de forma a assegurar a conformidade com as normas sociais. Tal atitude foi bastante difundida em meio à medicina psiquiátrica, apresentando traços desta visão até os dias de hoje. Uma rápida explanação sobre a representação da loucura é necessária para se entender melhor essa realidade.

Na obra “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault (2012) vai mostrar como os discursos e a representação da loucura e do louco sofreram modificações ao longo do tempo até virem a servir como imposição a lógica capitalista burguesa vigente. Antes do século XIX, segundo o autor, a loucura foi retratada de diferentes formas. Até a Idade Média, por exemplo, foi vista sob o olhar mítico-religioso, portanto, atribuída à castigos divinos e/ou possessões demoníacas. Nesse período, os loucos vagavam em meio às outras pessoas, de cidade em cidade, em busca de paz e redenção. Com o racionalismo científico, loucura virou expressão de desrazão e, portanto, segundo Foucault, enquadrada no quadro das demais condições marginalizadas e excluídas da sociedade livre e pensante como a pobreza e a libertinagem. Trancafiada nos asilos, a loucura ganhou um caráter de moralidade, sua expressão ultrapassava os limites da normalidade racional, por isso devia ser controlada e disciplinada. É somente no século XIX, com o nascer da medicina psiquiátrica que a loucura ganha um olhar diferenciado e assume o status de doença, de alienação mental.

Isto posto, a ciência psiquiátrica em seus primórdios apresentava um duplo objetivo: de um lado cuidar da insanidade – objetivada agora enquanto doença, portanto tratável e curável - e de outro servir de controle moral das pessoas (Birman, 1978; Foucault, 2012; Garcia, 1995; Vasconcellos & Vasconcellos, 2007). Isto porque, segundo Birman (1978) e Garcia (1995), ao tentar consolidar um padrão burguês de comportamentos e normas sociais impostos à época, o discurso psiquiátrico pregava que muitos dos distúrbios psíquicos estavam ligados a fatores de ordem moral. Por causas morais, os autores citados fizeram referência ao desvio do comportamento socialmente aceitável, o que, segundo eles, bastava para enquadrar na definição de loucura qualquer atitude e/ou comportamento considerado atípico para o padrão burguês.

Assim, para Vasconcellos e Vasconcellos (2007), quando não era possível encontrar referenciais materiais e simbólicos que justificassem determinada atitude e/ou comportamento de uma pessoa ou quando esta não conseguia se manter dentro dos padrões de normalidade estabelecidos, a sociedade tendia a caracterizá-la como louca. Cabia, portanto, segundo estes autores, ao Estado, à ciência médica e à família unir “forças” (no sentido literal e figurativo da palavra) para que esta sanidade fosse (re)estabelecida. Deste modo, no início do século XX, atendendo ao sistema patriarcal-capitalista, as teorias do controle moral ganham status de ciência sob a égide da medicina psiquiátrica. Todavia, mas do que a preocupação e/ou cuidado com o sofrimento do outro, estas teorias tentaram mostrar a importância de se reforçar os bons hábitos e reeducar as pessoas a fim de tornarem-nas bons cidadãos e trabalhadores, dentro da ordem e moral vigentes (Birman, 1978; Garcia, 1995, Vasconcellos & Vasconcellos, 2007).

No caso das mulheres, este pensamento trouxe algumas repercussões para suas vidas. A busca pela normalidade foi responsável pela reclusão aos asilos de um número considerável de mulheres que não se enquadravam nos modelos de feminilidade patriarcais tradicionais, em especial os de filhas obedientes, boas esposas e mães. Nestes casos, a loucura, como bem

colocou Garcia (1995, p. 16) aparecia como “*uma penalidade por serem mulheres e por ousarem não serem mulheres*”.

Na verdade, o interesse da Medicina pela mulher evidenciava as ansiedades que o ser feminino despertava no meio médico, ora trazendo admiração pela capacidade de gerar vida, ora envolvendo uma sexualidade que, por contrariar as normas, precisava ser controlada (Del Priore, 2009; Tarso, 2009). Com foco principalmente na reprodução, reforçando o papel natural de ser mãe, o discurso médico psiquiátrico logo relacionou a causa das enfermidades psíquicas femininas ao seu corpo, especificamente, aos seus órgãos sexuais e ciclos reprodutivos (Del Priore, 2009; Garcia, 1995; Vasconcellos & Vasconcellos, 2007). Vigorava a ideia, de acordo com Machado e Caleiro (2008), de que as transformações físicas e psíquicas trazidas pela puberdade afetavam o humor das mulheres, sendo responsáveis pela apresentação de uma série de comportamentos desviantes, que podiam incluir desde pequenos delitos até casos considerados mais graves como a erotização exarcebada e o suicídio.

Deste modo, para Garcia (1995) e Tarso (2009), a ligação entre o sistema nervoso feminino e o sistema reprodutivo, atestava a visão de que a mulher, por sua natureza biológica, era mais vulnerável às doenças mentais que os homens. Segundo as autoras, tal crença teve grandes repercussões sociais à época, servindo de justificativas, por exemplo, para o desemprego feminino, para a negação dos direitos políticos das mulheres e a razão para mantê-las sob o controle masculino. Para aquelas que ousaram transgredir esta suposta natureza, viver segundo sua vontade e desejos, ou mesmo expressar sua capacidade intelectual e criativa, coube o diagnóstico de louca, alienada (Couto-Oliveira, 2007; Garcia, 1995; Machado & Caleiro, 2008; Tarso, 2009).

Tal controle nem sempre foi totalmente aceito pelas mulheres e muitas desafiaram a ordem imposta. Dentre os principais comportamentos transgressores apresentados pelas mulheres a essa normativa médica e também os mais coibidos pela sociedade burguesa estavam os de

natureza sexual (Garcia, 1995; Machado & Caleiro, 2008). A sexualidade feminina permitida era apenas aquela concebida dentro do casamento e com fins reprodutivos. Assim, a insatisfação sexual era causa de “nervosismo” em muitas mulheres, sendo que muitas delas, segundo Garcia (1995), se utilizavam deste nervosismo como estratégia de defesa ou mesmo como transgressão às condições de vida e de opressão. A prostituição, as relações fora do casamento ou qualquer forma de manifestação da sexualidade pelas mulheres eram tidas, segundo a autora, como imorais e anormais, e serviam para atestar sua insanidade. As principais doenças psíquicas apresentadas pelas mulheres à época eram a histeria e a anorexia nervosa, ambas relacionadas ao corpo feminino e à privação das paixões (Garcia, 1995; Silveira, 2000; Vieira, 2008). Como colocou Garcia (1995, p. 59)

No final do século XIX, histeria e feminilidade se tornaram termos praticamente intercambiáveis... Entre as predisposições, os sintomas e os efeitos da histeria, os médicos citavam o ciúme, a inveja, o capricho, a vaidade, o egoísmo, o exibicionismo, a extravagância, a instabilidade, a fraqueza de vontade, a sensibilidade aguçada, a emotividade, a suscetibilidade, a sugestionabilidade e a impressionabilidade. Todas essas catalogações identificam de forma preconceituosa a natureza feminina, de maneira que a linha que separava a mulher normal da histérica era muito fina e a histeria não era nada mais do que a exacerbação dos papéis tão atribuídos às mulheres em geral.

Já no início do século XX, a psicanálise freudiana vem contribuir com a propagação da ideia da histeria feminina relacionada aos aspectos sexuais reprimidos. Apenas com as mudanças políticas, sociais e sexuais e com o aumento das reivindicações femininas pelas conquistas de seus direitos ocorridas ao longo do século passado é que o sofrimento psíquico feminino vem ganhar contornos psicossociológicos (Silveira, 2000). Contudo, ainda hoje é

possível observar crenças e condutas em saúde que fazem referência a concepção da histeria ou do nervosismo (referidas agora como “piti”), enquanto doença ligada à natureza feminina (Azevedo, 2010; Medeiros, 2003; Silveira, 2000). Tal crença constitui-se assim, em um dos principais desafios a serem superados nas práticas de saúde atuais de forma que se possa desenvolver um cuidado verdadeiramente integral às mulheres que padecem de sofrimento psíquico.

2.2 Sofrimento psíquico feminino e relações de gênero na atualidade: velhas expressões e/ou novas configurações?

Partindo do que foi exposto sobre o desenvolvimento do pensamento patriarcalista e sua ligação ao capitalismo burguês, algumas críticas foram feitas a corrente teórica que traz estes dois sistemas enquanto justificadores das diferenças observadas entre homens e mulheres, sendo questionada, principalmente, sua adequabilidade para as análises das relações de gênero atuais (Scott, 1995; Machado, 2000; Pinsky, 2009). Tais críticas, de acordo com Pinsky (2009), partem do princípio de que tal corrente se mostra obsoleta, haja vista não só o declínio da estrutura familiar patriarcal tradicional nas sociedades contemporâneas e os avanços na conquista dos direitos civis e trabalhistas pelas mulheres, bem como as novas configurações das relações de gênero que se expandiram para além das relações homem-mulher. Neste sentido, segundo a autora, atribui-se a esta corrente uma visão a-histórica, pois ao partir de uma suposta “causa única” para a dominação masculina, não levaria em consideração outras questões como as que envolvem classe social, raça/etnia, orientação sexual, cultura, entre outros.

Mas será mesmo possível afirmar que tal corrente estaria ultrapassada? Autoras como Almeida (2010), Fávero (2010), Machado (2000) e Saffioti (2015) afirmam ser a resposta negativa. Isto porque segundo estas autoras ainda é possível perceber nas sociedades ocidentais

crenças e normas que diferenciam os papéis que homens e mulheres devem ocupar no seio social, contribuindo para a perpetuação do sistema de dominação/exploração masculina e para maiores situações de violência, inferiorização e, consequentemente, adoecimento feminino, no que autoras como Machado (2000) e Fávero (2010) vão chamar de “patriarcado contemporâneo”.

O pensamento ideológico patriarcal, longe de ser a-histórico para as autoras acima citadas, ainda é marcante na maioria das instituições sociais, porém aparece agora camuflado, travestido em novas configurações (subjetivas e objetivas), mas que ainda carrega em seu entorno a ideia de uma suposta superioridade natural masculina. De acordo com Saffioti (2001), tal pensamento se mostra fortalecido, independente da existência de um *pater familiae*. Para Narvaz e Koller (2006), se o patriarcado na atualidade não mais designa o poder do pai, ele remete ao poder dos homens, do masculino, enquanto categoria social. Família, Escola, Religião, Mídia, por exemplo, segundo Fávero (2010), enquanto aparelhos estatais ainda impõem normas sobre o que é certo e/ou errado, valorizando modelos patriarcais tradicionais de comportamentos femininos como a obediência ao marido, a inibição da sexualidade e a conquista da felicidade pelo casamento e pela maternidade aos moldes dos mitos do amor romântico e da maternidade. Ao citar Prá (2001), Fávero afirma ainda que a pior face deste novo patriarcalismo encontra-se refletido no crescente fenômeno da feminização da pobreza. Este pode ser entendido, corroborando Silva e Osterne (2012) para além da falta de recursos, mas englobando aspectos como “*a desigual distribuição de renda, a vulnerabilidade, a exclusão social, a violência, a discriminação, a ausência de dignidade, dentre outras manifestações*” (p.154).

No mercado de trabalho, por exemplo, em termos de divisão sexual, Nogueira (2010) destaca que apesar da ampliação da participação feminina no mundo produtivo, ainda cabe à mulher a responsabilidade com o trabalho doméstico e o cuidado com a família, esteja ela

inserida ou não no processo produtivo, o que implica segundo a autora, além da realização de um trabalho desvalorizado em uma sobrecarga relacionada à dupla, ou às vezes, tripla jornada de trabalho. Como também colocou Silva (2012) e Traverso-Yepez e Medeiros (2004) mesmo alcançando novos espaços de trabalho e certa autonomia financeira, as mulheres não têm as mesmas facilidades de acesso ao trabalho como os homens, muito menos os salários são igualitários, especialmente, entre as que pertencem às camadas mais pobres e que vivem em regiões mais carentes, como o interior do Nordeste brasileiro.

Ademais, devido à força dos estereótipos de gênero, apesar de algumas mudanças promissoras com relação ao tipo de trabalho realizado pelas mulheres no setor produtivo, ainda perdura sua participação quase maciça em profissões que são relacionadas a traços de feminilidade patriarcal como o cuidar e o se dedicar ao outro, como é o caso das professoras, médicas, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, entre outras (Matos, Toassi & Oliveira, 2013). Quando se trata de mulheres com baixa renda e baixa escolaridade é comum observar as profissões de domésticas, babás, costureiras e auxiliar de serviços gerais (Maruani & Meron, 2011). Já com relação ao comportamento sexual, pesquisas mostram que a adoção de certos comportamentos e atitudes tomadas pelas mulheres ainda estão carregadas de aspectos de cunho moral e conservador, onde tanto a família, como a comunidade e as próprias instituições de saúde funcionam como juízes definindo que comportamentos e práticas devem adotar, colocando-as, muitas vezes, em maiores situações de vulnerabilidade ao adoecimento, especialmente, as mais jovens (Fávero, 2010; Saldanha, 2011b; Ribeiro, 2013). Pesquisa realizada por Saldanha (2011b) que abordou entre outras questões a vulnerabilidade às DSTs e a gravidez não planejada entre adolescentes paraibanos mostrou, por exemplo, que, por força dos papéis tradicionais de gênero, as adolescentes apresentam dificuldades no planejamento e negociação do uso do preservativo com seus parceiros, sendo esta negociação vista por elas como sinais de desconfiança e/ou falta de amor ao parceiro. A iniciação sexual destas

adolescentes variou de 09 a 20 anos (Média = 15 anos) sendo maior a precocidade desta iniciação observada nas cidades de pequeno porte, onde também ocorreu a observação de maior faixa etária dos parceiros. Com relação a estas questões, os dados qualitativos trazidos por esta pesquisa apontaram para dificuldades no diálogo das adolescentes com a família e as instituições de saúde no tocante a prevenção e práticas sexuais seguras, afirmando que este “diálogo” se construía, na maioria das vezes, por meio de censura e imposições ligadas aos papéis sexuais. Resultados semelhantes já tinham sido apontados por Fávero (2010) em pesquisa realizada com adolescentes do Distrito Federal.

Outro fator fundamental que se relaciona à presença marcante da ideologia patriarcal na contemporaneidade é a questão da violência contra a mulher, sendo a mais expressiva a violência doméstica (Saffioti, 2001; 2015). De acordo com Silva et al. (2013), dados trazidos pela OMS mostram que a prevalência global de violência doméstica cometida por parceiro íntimo gira em torno de 30,1%. No Brasil, segundo Leite e Machado (2013) mesmo após a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/06) que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar, observa-se, nos últimos anos, um aumento no número de casos registrados. Mas se por um lado, se para as autoras citadas o aumento no registro dos casos pode estar relacionado ao reconhecimento da mulher do auxílio jurídico trazido pela lei, por outro mostra a deficiência do Estado e das políticas sociais em garantir a proteção destas mulheres. Como mostrou a pesquisa recente realizada por Garcia, Freitas e Höfelmann (2013), a lei Maria da Penha não tem apresentado impacto significativo sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, o que faz do feminicídio uma grande questão de saúde pública e de violação dos direitos no país. Grande parte desta violência se justifica na crença patriarcal de subordinação da mulher ao homem.

Entende-se, todavia, que o fenômeno da violência doméstica envolve múltiplas causas. Para Saffioti (2015), relações de gênero, classe e etnia/raça combinam-se para determinar

formas distintas de se perpetrar esta violência, seja a nível concreto ou simbólico, como coloca Bourdieu (2002). Para este autor, no campo simbólico esta violência se mostra sutil, invisível, muitas vezes, às próprias vítimas que tendem a incorporá-la e reproduzi-la enquanto fenômeno natural. Assim, para estes autores, nenhum dos aspectos constituintes da violência é mais forte que as questões relacionadas ao gênero. Como coloca Saffioti (2001) *“o maior peso reside, seguramente, na lógica patriarcal que, embora não mais de jure, mas de facto, continua permitindo que a categoria homens assegure, inclusive por meio de violência, sua supremacia”*.

Em meio a tudo isso, a mulher contemporânea vive no intenso conflito entre a liberdade e autonomia trazida pela conquista de alguns direitos civis, políticos, sexuais e (re)produtivos e as situações que encontram-se submetidas por força dos papéis patriarcais tradicionais. O peso de arcar com essas situações faz com que as mulheres se encontrem em constante estado de tensão, o que acaba por consumir tanto sua saúde física quanto mental. Pesquisas que abordam a perspectiva das mulheres sobre seu adoecer psíquico, inclusive por TMC, têm corroborado estas premissas evidenciando a influência que os papéis femininos tradicionais possuem nas vivências do adoecimento, apontando a necessidade de analisá-lo para além dos sintomas manifestos (Couto-Oliveira, 2007; Pegoraro e Caldana, 2008; Silveira, 2000; Santos, 2009; Traverso-Yepetz & Medeiros, 2004).

Diante o exposto, reconhece-se, apesar das críticas, que o sistema patriarcal-capitalista ainda se mostra apropriado para analisar as relações de gênero atuais, mesmo para relações outras que não homem-mulher, como pôde ser observado no estudo de Almeida (2010) com casais homoafetivos. Acredita-se que as análises propostas por esta forma de pensamento permitem, como dito anteriormente, se não mais nos mesmo moldes, mas vestidos de “nova roupagem” (Fávero, 2010) identificar não só a dominação/exploração masculina que se materializa nas condições de vida de grande parte da população feminina, mas, principalmente,

sua reconstrução ideológica no plano subjetivo, contribuindo para diferentes formas de adoecimento entre as mulheres na atualidade. Como afirmou Machado (2000), especialmente, ao tomar esta corrente de pensamento não como sinônimo de gênero ou mesmo de um sistema de organização social fixado em um momento específico, mas enquanto parte do processo histórico-social de dominação masculina, cujas permanências ou mudanças em seus pensamentos, significados e representações vem sendo construídas e reconstruídas cotidianamente. Assim, ao adquirir novas configurações tais representações passam a levar em conta outras dimensões sociais e culturais como explicativas à dominação masculina, como a luta de classe, as questões étnicas/raciais, de orientação sexual entre outras (Almeida, 2010; Pisky, 2009; Saffioti, 2015). Como colocou Saldanha (2011b, p.12):

A premissa que guia esta indagação é a de que as significações imaginárias sociais instituídas perduram mais que as transformações que operam dentro do período histórico que a legitima. Assim, muitas novas práticas de mulheres são ressignificadas socialmente ou por elas próprias, a partir de organizadores de sentido que estabelecem os mitos tradicionais da feminilidade.

De tal modo, seria possível apontar para um conjunto imbricado de situações de dominação/exploração atuais que reforçam a violência/opressão e violação dos direitos das mulheres. No caso da população aqui em estudo, estas expressões de violência e submissão podem ser relevantes entre as mulheres rurais onde as marcas do sistema patriarcal ainda são refletidas em muitas das relações sociais ali estabelecidas. Corroborando com Saldanha (2003), reconhece-se que neste processo de adoecimento feminino, as mulheres nem sempre se comportam como sujeitos passivos, mas participam deste processo seja contestando, rejeitando ou mesmo aceitando e adaptando as atribuições sociais que lhes são impostas. Assim, ao pensar

sobre o sofrimento psíquico feminino, suas causas e consequências, procurar-se-á pensar sobre as questões que fizeram com que as vivências desse sofrimento – enquanto “doença de mulher” - fossem construídas, reinventadas e reproduzidas constantemente não só perante a sociedade, mas sobretudo, por aquelas que dele padecem.

Ao partir desta visão histórica e social do sofrimento psíquico feminino, o presente estudo entende então que a constituição do “sujeito doente” é um processo dinâmico, ou seja, pode assumir diferentes formas em função do lugar que as mulheres ocupam nesta sociedade, sendo “*sentida*” (em referência tanto ao sentimento como à atribuição de significados) de diferentes maneiras, por diferentes mulheres, ao longo da trajetória de vida de cada uma. Com base neste princípio, concebe-se a vivência do adoecer tanto como expressão materializada no corpo como uma construção singular, dotada de sentidos. Estes sentidos, todavia, não se dão somente no aspecto cognitivo individual e representativo da realidade, mas são construídos e reconstruídos a partir da relação que o sujeito tem consigo e com o mundo (Mori & Rey, 2012) a partir de suas condições objetivas de vida. Reconhece-se então que estar/ser doente não é um “estado” que possa ser definido universalmente nem compartilhado da mesma maneira, como propõe a OMS, mas uma experiência que reflete o ser/estar no mundo sempre em relação, sendo, também, um processo intersubjetivo.

**CAPÍTULO III - CIDADES RURAIS: ACESSO AOS SERVIÇOS, PRÁTICAS DE
CUIDADO, DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Assegurada na Constituição Brasileira de 1988, Artigo 196, a saúde é tida como um direito de todos a ser garantido pelo Estado (Constituição Federativa do Brasil [CFB], 1988). Enquanto produção social, seu conceito é ampliado de forma a abarcar as condições de vida das pessoas envolvendo “*a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde*”. Nessa perspectiva, a saúde está diretamente relacionada à ideia de bem-estar e qualidade de vida. Esta última entendida não somente pelo seu caráter subjetivo, relacionado à forma como o indivíduo percebe a si e sua relação com o mundo em que vive, como propõe a OMS (Fleck et al, 2008), mas, também, pelo seu caráter objetivo, expresso nas situações concretas da vida cotidiana e no usufruto ou não de políticas sociais e de direitos.

De tal modo, por envolver elementos de ordem política, social, econômica e cultural, o conceito ampliado de saúde traz em seu seio a ideia de determinantes sociais, remetendo-se a situações de vulnerabilidade e, especialmente, de iniquidade social. A complexidade que envolve certos padrões de adoecimento e mortalidade em dada população, por exemplo, para autores como Schwartz, Ferreira, Maciel & Lima (2010) é fruto dos altos níveis de desigualdade social presente na sociedade que, para as autoras, se traduz na pouca oferta e/ou baixa utilização dos bens de consumo e das políticas sociais por determinados grupos sociais. O acesso e a utilização dos serviços de saúde se configuram entre estes elementos.

Levando-se em conta a história da saúde brasileira, acesso e utilização dos serviços sempre foram, segundo Schwingel (2012), sinônimos de desigualdades sociais, os quais usufruíram apenas aqueles que podiam pagar. Todavia, como forma de garantir o acesso público e universal à saúde, o SUS busca oferecer atendimento integral e equânime a toda população (Brasil, 2011b). No entanto, como já bem assinalou Fleury (1997, citado por Assis, Villa & Nascimento, 2003 p. 816) “*não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei*”. Assim, ainda é possível observar de maneira geral no Brasil que o

acesso a muitos serviços de saúde ainda é um privilégio da classe abastada, restando à grande parte da população pobre ações pontuais e de baixo custo e efetividade, o que segundo Assis et al (2003) confirma o descompasso entre o que apregoa a legislação e a realidade social da maioria dos brasileiros. Ademais, é possível perceber a insuficiência ou mesmo a inexistência na oferta de serviços de saúde em algumas regiões, principalmente, as mais pobres, distantes dos grandes centros e com menor densidade populacional, como é o caso das regiões Norte e Nordeste. Isto mostra que os problemas relacionados à saúde das pessoas não estão somente ligados a fatores individuais, mas também a fatores sociais, econômicos e político-administrativos. Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde se apresenta como um importante instrumento para averiguar situações de iniquidade social, daí sua importância na análise dos determinantes sociais e das vulnerabilidades em saúde.

A compreensão que envolve a definição do que seja acesso aos serviços de saúde, como mostra Travassos e Martins (2004) em revisão da literatura sobre o conceito, é bastante diversificada entre os pesquisadores. Mas, de forma geral, segundo as autoras, este é entendido como um conjunto de elementos que permite às pessoas obterem cuidados em saúde, envolvendo desde a oferta de recursos (físicos, materiais, humanos, entre outros) adequados às várias necessidades da população até à facilidade com que estes são percebidos pelos sujeitos no modo de usufruí-los. Neste sentido, a ideia de acesso está diretamente ligada à utilização dos serviços (Schuwartz et al., 2010; Travassos & Martins, 2004; Travassos & Viacava, 2007).

Propondo uma alternativa para garantir e/ou melhorar este acesso de forma a reduzir as desigualdades sociais e territoriais e garantir o atendimento integral aos cidadãos, o SUS tem como diretrizes organizativas a Descentralização e a Regionalização. A Descentralização implica na transferência de poder e redefinição dos papéis e responsabilidades de cada nível de governo (nacional, estadual, municipal) com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território, cabendo, principalmente, aos municípios o papel

de principal condutor (Brasil, 2011a). Dentro deste processo, a chamada Municipalização da saúde traz para os municípios a responsabilidade de ofertar e gerir os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O objetivo é que sejam formuladas, implantadas, executadas e avaliadas políticas e ações em saúde que sejam adequadas às necessidades e demandas da população local (Brasil, 2011a, 2011b).

No que tange a Regionalização, esta, a partir de uma visão hierárquica, compreende que a oferta e a organização dos serviços sejam feitas com base em diferentes níveis de atenção e complexidade tecnológica (primária, secundária e terciária), as quais devem ser localizadas em áreas geográficas delimitadas e com populações definidas, de maneira que uma rede articulada destes serviços dê cobertura a um contingente populacional de municípios de dada região (Brasil, 2011a). Para uma melhor compreensão, Gondim et al (S/D) afirma que

“A articulação entre regionalização e municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização x centralização das ações, considerando os serviços de saúde existente no município como os principais responsáveis pelo atendimento à sua população. O nível regional composto por agregados de municípios e/ou estados com diferentes níveis de complexidade, se encarregaria de atender a população referidas pelos municípios deste polo de atenção. Assim, um município que tivesse um serviço de maior complexidade – atenção terciária – poderia atender a população de vários municípios e/ou estados sob a égide da regionalização” (Gondim et al., S/D, p. 04).

Essa articulação entre diferentes níveis de atenção e complexidade traz para a discussão os conceitos de referência e contrarreferência. Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), por referência se entende os encaminhamentos feitos a um usuário por um serviço de menor complexidade - como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo - para serviços de maior complexidade - como as clínicas especializadas e os hospitais. Já a contrarreferência diz respeito ao reencaminhamento deste usuário de volta aos serviços de menor complexidade, para que este possa continuar sendo acompanhado pela equipe de saúde que atua próximo ao seu domicílio. A ideia é garantir todo o atendimento necessário ao cuidado integral dos usuários e que este, para além da situação de adoecimento, possa se manter de forma contínua (Brasil, 2011a). Considerando essa organização dos serviços e a diretriz da Regionalização, é possível afirmar que os municípios de pequeno porte tendem a oferecer serviços de menor complexidade, enquanto os maiores os de maior complexidade, o que gera certa dependência dos primeiros em relação aos segundos.

Assim, apesar da proposta de Descentralização e Regionalização parecer de imediato positiva, uma vez que permitiu maior autonomia e reforçou a importância política e social do poder municipal, para autores como Alcântara e Lopes (2012) e Schwingel (2012) esta ainda comporta várias críticas de ordem prática, entre elas a que tange a sua efetivação. Para estes autores, a heterogeneidade geográfica brasileira mostra que há uma grande discrepância em termos de condições de vida tanto individual quanto coletiva de sua população, com fortes influências na equidade e acesso aos serviços de saúde. De acordo com dados do IBGE (2011), 96% das cidades no Brasil possuem população com menos de 100.000 habitantes. Destas, 63% possuem população de até 20.000. Destarte, para autores como Santos (S/D), se de um lado, têm-se as grandes cidades com forte potencial político, administrativo e financeiro, por outro, tem-se os municípios que apresentam baixa capacidade administrativa e pouca autonomia financeira dos Estados e da União, o que pode demonstrar que em termos de organização dos

serviços de saúde, estes não têm condições de tratar das questões de saúde nem oferecer os serviços do mesmo modo.

Diante isto, é comum, segundo autores como Machado, Colomé e Beck (2011), que os pequenos municípios apresentem dificuldades na oferta ou mesmo na organização de serviços que abarquem os três níveis de atenção, ou seja, de apresentarem uma rede, mesmo que regionalizada, de referência e contrarreferência, o que acaba impedindo que alguns usuários tenham acesso a determinadas ações e intervenções em saúde. Na verdade, de acordo com estas autoras, a realidade em muitos municípios brasileiros mostra que a efetividade nos serviços de referência e contrarreferência vai depender muito mais dos relacionamentos interpessoais dos usuários – seja via profissionais de saúde ou agentes políticos (vereadores, prefeitos, secretário de saúde, entre outros) – do que da articulação de uma rede regionalizada eficiente, o que reforça a visão entre os usuários de que o SUS é um sistema precário, falho.

Assim, ao se pensar nas diferenças municipais e regionais brasileiras, pode-se afirmar que os municípios de grande, médio e pequeno porte e as populações territorialmente definidas como urbana e rural (IBGE, 2011) são marcadamente diferentes no que se refere à oferta e ao acesso aos serviços de saúde, com desvantagens para os pequenos municípios que dispõem de menor cobertura médico-assistencial e pior condição de saúde (Kassouf, 2005; Luzio & L'Abbate, 2009). É fato que nos chamados municípios rurais estas desigualdades são mais visíveis. Para melhor compreensão acerca do que se está chamando, nesta tese, de município/cidade rural se faz necessária uma breve explanação acerca das diferenças construídas entre rural e urbano.

3.1 Cidades rurais: “lugarzinhos no meio do nada...”.

Historicamente, rural e urbano se apresentam como espaços antagônicos, sendo a base de localização (cidade-campo), a densidade demográfica e os aspectos produtivos os principais

fatores diferenciadores (Jacinto, Mendes & Perehouskei, 2012; Rua, 2005, Santos, 2009). Nesta visão, de acordo com Santos (2009), o urbano é o espaço onde está concentrado um grande número de pessoas e os vários modos de produção contam com todo um aparato tecnológico que permite maior oferta e maior consumo entre as pessoas. Já o rural, segundo o autor, relacionado ao campo, é um local pouco habitável, cuja vida é tranquila e o trabalho ligado à agricultura e à natureza e, na maioria das vezes, para subsistência. Para este autor, essa polarização cidade-campo e urbano-rural construída no mundo moderno e industrial acabou por concentrar nas cidades todo o poder político, capital e cultural estabelecendo, a partir de modos de vida e pensar urbanos, uma subordinação e inferiorização do mundo rural. Neste sentido, corrobora o pensamento de Rua (2005) que afirma que para algumas pessoas o rural é visto como sinal de atraso, de não civilizado e o urbano como sinal de moderno, de avanço. No entanto, já é possível tecer críticas a esta dicotomia.

Em termos populacionais, por exemplo, diferenças observadas entre os diversos países, segundo Jacinto et al (2012), mostram que não existem critérios universalmente válidos para delimitar fronteiras entre o rural e o urbano, sendo que alguns levam em conta a densidade demográfica e outros a natureza política. Espanha, Portugal, Itália, Dinamarca e Grécia, por exemplo, conforme estes autores, consideram zonas rurais as localidades com menos de 10.000 habitantes, independentes de serem cidades emancipadas. Já o Brasil, Equador, Guatemala, República Dominicana e El Salvador, ainda segundo os autores, se baseiam na natureza político-administrativa, sendo as vilas ou distritos, situados fora dos limites da cidade (sede municipal), classificadas como rural. Num país de dimensões continentais e diferenças regionais como é o caso do Brasil, se levado em consideração os critérios populacionais de 10.000 habitantes, poder-se-ia dizer que, atualmente, 2.200 de seus municípios (39,4% de um total de 5.570) poderiam ser contabilizados como rurais (IBGE, 2011).

Já o que tange ao processo produtivo, Jacinto et al. (2012) afirmam que os avanços no modelo capitalista industrial mostram que essa diferenciação entre rural e urbano já não pode ser mais considerada, uma vez que, de um lado, se percebe avanços industriais e tecnológicos e outras práticas mais modernas no campo e, por outro, práticas agrícolas e de subsistência em territórios mais urbanizados, mudando a paisagem socioeconômica dos locais. Assim, para estes autores, campo e cidade, rural e urbano se misturam e dão forma a um novo espaço social. A convivência entre estes dois espaços antes antagônicos é vista agora como a expressão de novas territorialidades, definidas por alguns autores como “novas urbanidades” ou “novas ruralidades” (Jacinto et al, 2012, p. 175; Rua, 2005; p. 51), ou mesmo espaço “rurbano” (Santos, 2009, p.182). Entretanto, para além da materialidade expressa pela dicotomia campo-cidade, para estes autores ao se falar em urbanidades ou ruralidades, estar-se remetendo a uma nova racionalidade onde rural e urbano se imbricam, fazendo parte de um continuum, cujo território não expressa diferenças nos modos de vida, nem na organização social e cultural (Jacinto et al, 2012; Rua, 2005; Santos, 2009).

Essa mistura de espaços é melhor percebida nos pequenos municípios, em especial, os do interior/sertão do país, onde as características e práticas culturais são reconhecidas como sendo próprias do mundo rural. Assim, mesmo constituindo-se de áreas de maior densidade demográfica e apresentando características urbanizadas, tais municípios tendem a preservar crenças, comportamentos e modos de viver e agir do mundo rural, podendo ser, portanto, considerados cidades rurais. Em termos de sentimentos de pertença ou de identidade, Schwingel (2012, p.100) citando Hall (2000) afirma que

“ao se examinar a população desses pequenos lugares, é possível verificar certo sentimento de pertença entre seus componentes, participantes de uma comunidade nos quais

os interesses confluem, a formação discursiva tem gênese semelhante e, portanto, há certo grau de identificação”.

Na verdade, em termos político-administrativos, a transformação destas localidades em cidades só aconteceu com maior intensidade a partir dos anos 90 após a promulgação da Constituição de 1988 (Art. 18, §4º) que, por meio do processo de descentralização, delegou autonomia aos Estados para criarem novos municípios, tornando estes, por sua vez, entes federativos. Desde esse período, foram criados aproximadamente 1.500 novos municípios no Brasil (IBGE, 2011). Segundo dados do IBGE apresentados por Cigolini e Cachatori (2012), nos anos 80 o Brasil possuía 3.974 municípios; nos anos 90 esse número cresceu para 4.987. Atualmente, existem 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2013). Mas, apesar da criação de novos municípios ter sido para autoras como Steinberger e Maniçoba (2006) fator de melhorias nos indicadores de condições de vida de populações antes isoladas, como no caso de municípios na Região Norte, no processo de descentralização e regionalização da saúde, citado anteriormente, a maioria destes municípios, pela forte dependência financeira dos estados e da União, apresentam incapacidade técnico-administrativa para assumir tal responsabilidade (Cigolini & Cachatori, 2012; Lorenzetti, 2003; Santos, S/D)

Pesquisa apresentada por Santos (S/D) feita com base em dados da Secretaria do Tesouro Nacional no ano de 2004 referente à estrutura das receitas municipais e à participação dos investimentos nas despesas municipais, por exemplo, mostrou que apenas as cidades com população superior a 100 mil habitantes podem experimentar a descentralização/regionalização como uma possibilidade de serem protagonistas das políticas públicas locais. Os municípios de pequeno porte, ao contrário, segundo a autora, por dependerem das receitas de transferências redistributivas dos estados e União são conseguem ser formuladoras e financiadoras de políticas próprias, de interesse local. Santos ainda afirma que essa forte dependência das receitas de transferência dos estados e União, principalmente do Fundo de Participação dos

Municípios (FPM) decorre da limitada capacidade contributiva da população dos municípios de pequeno porte para gerir seus próprios recursos. Assim, conforme sua análise, quanto menor o município, menor tende a ser a renda média de sua população.

Nos municípios rurais estas desigualdades se fazem mais presentes, uma vez que é possível observar nestas localidades condições de vida precária e falta de oportunidades de trabalho para sua população. Assim, Santos (S/D) afirma que não é de causar surpresa a continuidade na ocorrência dos fluxos migratórios das pequenas cidades para as maiores e das regiões mais pobres para as mais desenvolvidas. Ao tecer críticas ao processo de descentralização e a defesa da autonomia financeira nestas localidades especificamente, a autora afirma que *“diminuir a importância relativa das transferências constitucionais (o FPM, sobretudo) é asfixiar os governos da grande maioria dos municípios e alimentar seu esvaziamento econômico com conseqüente crescimento dos fluxos migratórios”* (sem pág.).

Para além dos aspectos políticos-administrativos e culturais citados, para o contexto da saúde, a compreensão de cidades rurais também envolve elementos de natureza social e institucional. Ao tomar a oferta de bens e serviços pode-se dizer que as cidades consideradas rurais são aquelas que apresentam, em geral, condições de vulnerabilidade que causam forte impacto na saúde das pessoas ali residentes devido, especialmente, à escassez de serviços e recursos em saúde (Ando et al, 2011; Ponte, 2004). Isto porque, quando existentes, tais serviços são, em geral, de baixa qualidade e contribuem para uma pior autoavaliação em saúde pela população (Kassouf, 2005). Ao se ter o princípio da Universalidade aos serviços como variável de análise, observa-se menor acesso e, conseqüentemente, menor utilização dos serviços de saúde pelas populações rurais (Alcântara & Lopes, 2012; Schuwartz et al, 2010; Travassos & Viaçava, 2007). Elementos de ordem geográfica e estrutural figuram entre as principais dificuldades. A primeira faz referência às distâncias e aos possíveis deslocamentos para outras localidades que a população rural enfrenta para conseguir atendimento ou usufruir de serviços

de maiores complexidades, como a realização de exames e hospitalização. Como dito anteriormente, nos pequenos municípios a oferta de serviço de saúde envolve, em sua grande maioria, apenas as ações básicas, de menor complexidade sob a responsabilidade da ESF como consultas clínicas por médicos generalistas, procedimentos voltados à saúde da mulher, como o pré-natal e serviços de ginecologia e obstetrícia, bem como procedimentos clínicos ambulatoriais e cirúrgicos básicos (Alcântara & Lopes, 2012). Para a utilização de serviços mais complexos, os usuários têm que se dirigir para os municípios maiores, os quais formam a rede regionalizada de referência e contrarreferência.

Essa condição imposta às pessoas que vivem nas cidades rurais não só gera desconforto, mas também gastos para sua concretização - como no caso de transporte e alimentação, visto que o encaminhamento requer, em certos casos, a presença de um acompanhante e pode levar um ou vários dias para ser realizado. No entanto, muitas famílias não possuem condições financeiras suficientes que possibilitem tal procedimento, o que dificulta a utilização do serviço ou mesmo o abandono do tratamento. Segundo autoras como Alcântara e Lopes (2012), alguns municípios até oferecem gratuitamente transportes coletivos para seus munícipes, mas na maioria dos casos, com datas preestabelecidas, girando em torno de uma vez por semana, o que nem sempre condiz com as necessidades. Para as autoras, esse fato leva a população a ficar dependente de estratégias de enfrentamento individuais, como a automedicação e práticas terapêuticas informais (como o uso de chás e ervas e visitas a curandeiros/benzedadeiras, por exemplo) e da sua rede de apoio social, contando com a ajuda de transporte disponível de vizinhos, parentes e amigos.

No tocante às dificuldades estruturais, autoras como Alcântara e Lopes (2012) apontam que estas fazem referência, inicialmente, às questões físicas e materiais. As primeiras referindo-se, por exemplo, às precárias instalações das unidades (muitas vezes em ambientes “emprestados” como escolas e casas de usuários) e à falta de recursos/equipamentos para os

procedimentos necessários. As autoras chamam ainda a atenção para a própria dinâmica do atendimento e sua burocratização, que ao envolver a chamada fila de espera, implica na demora e no tempo de agendar consultas. Isso porque ressaltam que junto ao problema das filas, encontra-se o problema das fichas. Contando com a presença dos profissionais em poucos dias na cidade e com o grande número de pessoas em busca de atendimento, muitos serviços, segundo as autoras impõem a estratégia da ficha, limitando o número de atendimentos realizados. Assim, para tentar garantir seu atendimento é comum muitos usuários pernoitarem ou madrugarem na porta dos serviços de saúde.

Além das dificuldades no acesso, problemas relacionados à qualidade da assistência e organização dos serviços são também comuns em cidades rurais. A dificuldade, por exemplo, de atrair médicos e outros profissionais de saúde aliada a grande rotatividade destes profissionais contribuem para as deficiências em saúde nestas localidades. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), o Brasil possui 1,8 médicos para cada mil habitantes, um pouco abaixo dos dados trazidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que já aponta que esta proporção é de 02 médicos para cada mil habitantes (CFM, 2013). Todavia, ambos os índices se apresentam menores do que os apresentados por países vizinhos como a Argentina (3,2/1.000hab) e Uruguai (3,7/1.000hab) (Brasil, 2014). Tal carência ainda é agravada pela distribuição desigual de médicos nas regiões, com 22 estados apresentando índices abaixo da média nacional. Destaque para os estados de Roraima (0,76/1.000hab.), do Pará (0,77/1.000hab) e do Acre (0,94/1.000hab) na Região Norte e os estados do Maranhão (0,58/1.000hab), Piauí (0,92/1.000hab) e Ceará (1,05/1.000hab) na Região Nordeste (Brasil, 2014).

Assim, na tentativa de sanar tais deficiências, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos (Brasil, 2015). Tido inicialmente como uma medida provisória, mas oficializado enquanto programa nacional pela Presidenta Dilma Rousseff em outubro de 2013 (Lei

12.871/2013) tal programa objetiva levar um maior número de médicos para regiões carentes e longínquas do país, de modo a fortalecer os serviços de Atenção Básica. Para tanto, conta com a contratação de médicos estrangeiros, caso a demanda não seja suprida pelos médicos brasileiros. O programa, com três anos de existência, é alvo de grande discussão, levantando-se alguns questionamentos com relação aos seus objetivos e recebendo diversas críticas, especialmente, da classe médica do país, que defende que o problema não é a falta de médicos, mas, sim, a falta de recursos e estruturas para que estes consigam trabalhar nestas localidades. Para além da concordância ou não acerca deste programa, é preciso reconhecer que a falta de profissionais de saúde nestas localidades contribui para maior vulnerabilidade ao adoecimento da população. Entretanto, não se pode ignorar o fato de que somente a presença do profissional médico não é garantia de melhorias nas condições de saúde de sua população, especialmente, quando não se conta com recursos disponíveis e condições dignas de trabalho, o que acaba por exigir muito mais do que o profissional pode e/ou consegue oferecer.

Neste sentido, ao relacionar o fazer profissional e os cuidados em saúde em municípios rurais, o documento intitulado “Carta de Brasília – o conceito de rural e o cuidado à saúde” (Ando et al, 2011 p. 143) redigido no XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, afirma que estas localidades exigem maiores habilidades e competências específicas dos profissionais/serviços de saúde como:

- a) A realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os quais, em áreas urbanas maiores, comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema e/ou outros profissionais;
- b) Manejo integral e sociofamiliar da pessoa, incluindo competência dialógica comunitária e intercultural;

- c) Tempo e ritmo de manejo de problemas de saúde diferenciados como no caso das emergências, que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde, outros profissionais e/ou outros municípios e;
- d) Maior relação com a comunidade, dado o profissional de saúde agir mais em situações de relativo isolamento ou com equipes menores e recursos restritos.

Ao tomar estas especificidades, o presente documento finaliza que em relação à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades da população brasileira, mas também a realidade dos profissionais de saúde e dos serviços oferecidos (Ando et al, 2011, p. 144). Levando em consideração estes termos, pode-se dizer que grande parte dos pequenos municípios brasileiros são municípios rurais, uma vez que apresentam dificuldades na oferta dos serviços e os profissionais são submetidos a precárias condições de trabalho. Tais fatores apontam que no setor da saúde, em termos de localização geográfica, ainda são presentes situações de iniquidade social, que colocam certas populações em situação de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços, reforçando, assim, as condições de vulnerabilidade ao adoecimento para determinados grupos.

Nos municípios rurais, essa vulnerabilidade é uma realidade, especialmente, porque se convive com altos graus de pobreza, baixa escolaridade e poucas opções de trabalho e lazer. Em termos políticos, para Pase, Muller e Moraes (2012), seus governantes não se destacam enquanto gestores comprometidos com a melhoria das condições de vida da população e com a redução das desigualdades sociais, predominando a cultura do clientelismo, onde a concessão de bens e serviços é feita em troca de lealdade política. Tal prática se mostra bem visível nos municípios da região Nordeste, onde o chamado “Coronelismo” aconteceu de forma bem mais marcante que no restante do país (Bursztyn & Chacon, 2011; Santos, 2011). Apresentando-se também como fator de vulnerabilidade no contexto rural, autores como Gerhardt (2006) enfatizam os aspectos culturais, onde as noções populares sobre o processo saúde-doença

derivadas de crenças arraigadas vão determinar o padrão de consumo de serviços e a procura por cuidado de saúde. A crença de que saúde é apenas ausência de doença ainda é predominante entre os populares, o que faz que nos municípios rurais o principal motivo para ir aos serviços sejam as doenças já instaladas (Kassouf, 2005). Entretanto, como já mencionado, pelas próprias deficiências dos serviços, é muito comum nesta população a prática da automedicação e do uso de chás e ervas como recurso terapêutico (Alcântara & Lopes, 2012). Apesar destas práticas demonstrarem sinais de autocuidado, é necessário certa cautela uma vez que esta atitude pode contribuir para uma baixa demanda na procura dos serviços básicos de atenção, em especial, entre os homens (Vieira, Gomes, Borba & Costa, 2013).

Ademais, em termos de saúde-doença, é também sabido que o ambiente social associado aos estilos de vida e aos hábitos e comportamentos de determinada população interferem em seu bem-estar, sendo fatores de risco e de vulnerabilidades para o desenvolvimento de uma série de doenças. Em virtude das precárias condições de vida, do alto índice de analfabetismo e baixa renda, da falta de oportunidades de trabalho e da baixa qualificação profissional, é possível perceber entre a população rural, hábitos e comportamentos que aumentam a vulnerabilidade a determinadas doenças. O consumo de álcool nestas localidades, por exemplo, é um fator incontestável, em especial, entre os mais jovens. De fato, a realização de atividades socioeducativas e as opções de lazer nestas cidades são bastante limitadas, restando à população apenas as praças e os bares. E esse comportamento não atinge somente a população masculina. Estudo realizado por Saldanha (2011b) com 5.248 adolescentes femininas, por exemplo, mostrou que na Paraíba o consumo de álcool foi relatado por 71% das adolescentes, com média de idade de iniciação de 14 anos. Segundo a autora, embora não tenha sido encontrada diferenças significativas em relação ao consumo de álcool pelas adolescentes de acordo com às mesorregiões geográficas do Estado, observou-se que a prevalência no consumo de álcool nesta população aumenta quanto maior a interiorização das

idades, ou seja, onde está concentrado o maior número de municípios rurais. A pesquisa ainda apontou que tal comportamento está associado a outros fatores de risco como os comportamentos sexuais desprotegidos, deixando os indivíduos mais propensos a práticas sexuais de risco às DSTs/Aids e, no caso das adolescentes, a uma possível gravidez não planejada.

Na população adulta, além do alcoolismo, é possível observar que o estresse ocasionado pelas condições de vida e trabalho contribui para o aparecimento de morbidades crônicas como a hipertensão, o diabetes, doenças cardiovasculares entre outras, fator melhor observado na população idosa (Morais, Rodrigues & Gerhardt, 2008). Em muitas situações, a falta de emprego obriga os jovens ou homens adultos a irem para outras localidades em busca de trabalho, geralmente, de caráter temporário, funcionando como um reservatório de mão de obra barata e desqualificada, logo suscetível à exploração (Soares & Carneiro, 2010). Os que ficam, geralmente as mulheres, crianças e idosos, vêm nos programas de transferência de renda do Governo, como o Bolsa Família, um meio de garantir sua sobrevivência, mesmo que precária. Neste sentido, a falta de oportunidades e a ociosidade que acomete grande parte desta população pode ser fator de angústia e sofrimento.

Assim, ter como foco de estudo a saúde dos indivíduos residentes em municípios rurais remete a importância de analisá-la e compreendê-la em meio a estas desigualdades sociais. Tais desigualdades, entretanto, se inscrevem num conjunto de outras desigualdades, que expressam historicamente diferenças entre o mundo urbano e rural, entre as classes sociais e também, como já visto, entre os gêneros. Analisando a saúde das populações rurais por meio das relações de gênero, pode-se afirmar que tais relações se apresentam como fatores de vulnerabilidade à saúde das mulheres, ademais na região Nordeste, onde as diferenças nos papéis femininos e masculinos assumem características culturais acentuadas (Albuquerque Jr, 2009).

Dentre as várias formas que assinalam a existência das desigualdades de gênero nestas localidades, a mais marcante refere-se à invisibilidade do trabalho feminino, especialmente, àquele ligado ao espaço doméstico e a agricultura – ocupações femininas mais comuns nas cidades rurais, especialmente, entre a classe mais pobre. A monotonia, a repetitividade, a intensidade e a desvalorização deste trabalho, segundo autores como Araújo et al (2005) e Couto-Oliveira (2007) quando associadas a fatores que envolvem condições de vida precária como pode ser observado em muitas localidades rurais, além das tensões acumuladas dessa vivência cotidiana aparecem como produtores de sobrecarga e intenso sofrimento psíquico para as mulheres.

Ademais, a carência de infraestrutura domiciliar em algumas zonas rurais, por exemplo, segundo Heredia e Cintrão (2006) e Pontes (2012), em especial, a falta de abastecimento de água e de sua canalização interna afeta o conjunto dos moradores dos domicílios rurais, mas atingem, especialmente, as mulheres, por ser a moradia um dos espaços sob sua responsabilidade. Nestes casos, compete à mulher a busca de água para o abastecimento da casa e a falta desta acaba dificultando algumas atividades domésticas como cozinhar, lavar a louça, lavar roupas, entre outros. No sertão nordestino este fato é provavelmente agravado pelas condições do semiárido, que levam as mulheres, nos períodos de seca, a terem que se deslocar distâncias consideráveis em busca de água, e em muitas ocasiões, várias vezes durante o dia, de forma a suprir a necessidade da sua família ou mesmo da comunidade (Pontes, 2012).

A discriminação e as condições de sobrecarga no trabalho das mulheres nas cidades rurais, em decorrência do acúmulo das funções sociais, seja na casa ou na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde, inclusive para o aparecimento do TMC. Pesquisa realizada por Araújo et al. (2005) mostrou que em relação a saúde mental de trabalhadoras domésticas, os níveis de TMC foram mais significativos naquelas mulheres que afirmaram ser a maior ou

inteiramente responsáveis pelas tarefas do lar. Se acresce a isso o fato das famílias rurais serem geralmente maiores que as urbanas, pode-se afirmar que a maternidade e as condições do trabalho doméstico das mulheres rurais são fatores que contribuem para o adoecimento feminino nestas localidades.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, o enfrentamento dos obstáculos também é parte do dia a dia das mulheres rurais, uma vez que são elas as principais usuárias dos serviços de saúde. Entretanto, como já citado, as longas distâncias de suas moradias até um posto de saúde, a falta de transporte, as precárias unidades de serviços de saúde, as longas horas, ou mesmo dias, nas filas à espera da senha para a consulta ou marcação de exames faz com que a maioria das mulheres procure os postos ou centros de saúde somente quando se esgotam todas as alternativas de tratamentos caseiros à base de ervas, chás e outros produtos (Almeida, Mascena & Souza, 2004). Sem contar que na maioria das vezes, quando procuram os serviços de saúde, as mulheres vão como acompanhantes de crianças ou idosos. Assim, ao assumirem a construção social do papel de privilegiar o cuidado do outro e não cuidado de si, as mulheres se encontram vulneráveis a apresentar ansiedades, frustrações, angústias relacionadas à vida e ao trabalho, o que pode levar ao adoecimento mental (Carlotto et al, 2011). Todavia, em termos políticos e de direitos, tanto as questões de gênero quanto o reconhecimento das condições que colocam as populações rurais em situação de maior vulnerabilidade em saúde quando comparada à população urbana, como é o caso das diversidades territoriais, têm sido pouco ressaltados nas políticas de saúde, em especial, na política de saúde mental.

3.2 Política Nacional de Saúde Mental e cuidado nas cidades rurais: um diálogo necessário

Desde meados dos anos 70-80, e assim contemporâneo ao Movimento Sanitário, procura-se implementar no Brasil a chamada Reforma Psiquiátrica (RP). Com origem inscrita em um contexto internacional e inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização da

loucura, este movimento tem por finalidade a superação da exclusão e violência (física e simbólica) oriunda da internação manicomial aos que padecem de sofrimento psíquico, substituindo-as por serviços que resgatem a cidadania e que sejam de base comunitária (Brasil, 2005). Pautada nos princípios da RP, a atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe a realização de ações e serviços de atendimento aos usuários para além do modelo sintomático e medicalizante, devendo estes, para os casos considerados mais graves, serem realizados em serviços substitutivos aos manicômios e, para os menos graves, nos serviços primários, transferindo o foco da atenção da cura para a intervenção em saúde (Brasil, 2005).

Nesta ótica, servem como diretrizes para a prática dos profissionais de saúde, segundo Hirdes (2009), o falar não mais em doença, mas sim em saúde, não em tratamento, mas em projetos terapêuticos, não mais em exclusão, mas em cidadania, reabilitação e reinserção social e, sobretudo, em projetos de vida. Para fazer valer tais objetivos a PNSM propõe que o tratamento seja feito em serviços de base comunitária, estabelecendo como espaços de cuidado os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas (RTs), maior disponibilidade de leitos em Hospitais Gerais em substituição aos leitos psiquiátricos para os momentos de crise e os cuidados integrais na Atenção Básica (Brasil, 2005). Embora esteja clara a importância destes novos espaços para a construção de um novo fazer em saúde mental, a PNSM ainda encontra muitos obstáculos para sua consolidação.

Um destes obstáculos refere-se a própria cobertura assistencial dos serviços substitutivos, onde a distribuição espacial ainda reflete as desigualdades estruturais entre e intrarregiões brasileiras, permanecendo os grandes centros urbanos como os principais beneficiários (Brasil, 2012). Autores como Bezerra Jr (2007) já apontava a dificuldade de se construir, num país de dimensão continental e grande diversidade cultural como o Brasil, um modelo assistencial em saúde mental que fosse igualitário em toda sua extensão. Para o autor citado, seria preciso rever as noções de rede e território, centrais às proposições da PNSM, não

podendo ser estas pensadas e aplicadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes como nos pequenos municípios do Norte/Nordeste e nas grandes megalópoles da Região Sul/Sudeste. Não levar isso em consideração, ainda segundo o autor, pode colocar em questão, por exemplo, a importância e a efetividade do processo de territorialização/municipalização como já discutido, uma vez que ainda é comum, para a maioria dos usuários da saúde mental, em especial, das cidades rurais, o deslocamento de sua cidade (ou mesmo estado) para outra de maior porte na tentativa de receber atendimento adequado e eficiente. Movimentos conservadores, sobretudo, da categoria médica psiquiátrica tradicional, tomam essas evidências como elementos de desassistência, em especial em situações de atenção à crise e tecem críticas ferrenhas as fragilidades e eficácia desta rede e serviços (Vasconcelos, 2010).

Todavia, o que mais preocupa os defensores da PNSM são as questões de ordem sociocultural, especialmente, no tocante às crenças e práticas arraigadas em saúde. Sem desconsiderar a importância que os serviços substitutivos representam para as pessoas com transtornos mentais e seus familiares (Kantorski et al., 2012), estudos mostram, por exemplo, que as práticas dos profissionais nestes novos espaços ainda representam o saber biomédico e medicalizante, estando aquém do que apregoa os pressupostos da RP (Bichaff, 2006; Jorge, Almeida, Sales, Pinto & Sampaio, 2010). Como propõe a PNSM, o processo de trabalho a ser desenvolvido nestes serviços deve propiciar a reabilitação psicossocial em ações multi e interdisciplinares, de maneira a envolver o usuário de forma integral e assim promover sua autonomia (Brasil, 2005). Para tanto, faz-se indispensável a utilização de dispositivos e ferramentas como acolhimento, vínculo, corresponsabilização do usuário e de seus familiares, bem como a própria resolubilidade dos serviços, seja do ponto de vista da oferta como do fluxo de atendimento e capacitação profissional (Jorge et al.; 2010).

Na Atenção Básica, os cuidados das pessoas com transtornos mentais vêm se apresentar não só como uma estratégia para reforçar a importância deste nível de atenção enquanto porta de entrada aos serviços, como também o consolidar como um importante ponto de apoio a rede de saúde mental, pois muitas das demandas referentes, especificamente, ao TMC e às relacionadas ao uso de substâncias psicoativas são ali identificadas (Brasil, 2013). Para atender estas demandas, os profissionais dos serviços primários contam com o auxílio de uma série de instrumentos de intervenção e cuidado, como a visita domiciliar conjunta, a interconsulta, a formação de grupos operativos e/ou de terapia comunitária e atividades integradas aos diversos serviços como reforço às redes de suporte social (Brasil, 2011; 2013). Contudo, como já colocado neste estudo, muitas são ainda as dúvidas e os receios que os profissionais que atuam neste nível de atenção possuem com relação a estas demandas. Isto porque, na atenção primária, os profissionais apresentam dificuldades em diferenciar, por exemplo, o que seja um sofrimento psíquico comum - que necessita de acolhimento, escuta e suporte - e aquele sofrimento mais grave com necessidade de ampliação do tratamento, uso de terapias medicamentosas e intervenções psicoterápicas mais especializadas (Brasil, 2011).

Deste modo, salvo algumas experiências exitosas, o que prevalece no cotidiano dos serviços (seja substitutivos ou de cuidados primários) são práticas conservadoras - com a figura do psiquiatra/médico generalista aliada a prescrição e uso de medicamentos como os principais atores do processo, em especial, em casos de crise. Tais práticas ainda são constantemente reforçadas no processo de formação de muitos destes profissionais e alimentadas pelas precárias condições de trabalho a que as equipes estão expostas (Alves, Dourado & Côrtes, 2013; Vasconcelos, 2010). Assim, ainda é desafio para a PNSM fazer com que seus pressupostos ultrapassem o mundo do discurso apreendido e se torne realidade concreta no dia a dia dos serviços.

A educação permanente em saúde mental é uma estratégia que se coloca no sentido de sanar esta problemática promovendo espaços de trocas de saberes e experiências que favoreçam a construção de “novos saber-fazer” a partir da articulação entre o conhecimento dos profissionais e sua prática cotidiana com os princípios e diretrizes da PNSM (Brasil, 2005; 2011). Para tanto, estimula o conhecimento e o diálogo interdisciplinar e intersetorial, de maneira a garantir uma maior efetividade das ações, reconhecendo a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado. Dispositivos como a supervisão clínico-institucional e o apoio matricial constituem-se intervenções possíveis adotadas neste contexto (Brasil, 2005; 2011; Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007).

A primeira tem por objetivo sustentar a responsabilidade compartilhada da prática clínica pela equipe a partir do auxílio de um supervisor, que procura facilitar o diálogo entre os profissionais de maneira que as diferentes e inúmeras demandas que surgem nestes espaços possam ser trazidas para discussão e debatidas de forma crítica entre todos, sem deixar de levar em conta os desafios inerentes ao cotidiano do trabalho coletivo (Silva, Beck, Figueiredo & Prestes, 2012). O apoio matricial, por sua vez, constitui-se em um arranjo organizacional proposto por Campos (1999) cuja finalidade é levar assistência técnico-pedagógica especializada aos profissionais que compõem os serviços primários, como a ESF, em casos que para eles são de difícil manejo, como é o caso da saúde mental. Para este autor, o apoio matricial objetiva aumentar a resolubilidade dos serviços primários e produzir maior responsabilização dos profissionais com os diversos tipos de demandas, rompendo, assim, a lógica dos encaminhamentos indiscriminados. Sua implicação é promover um modelo tecnoassistencial que se aproxime de práticas mais consistentes à ideia de cuidado, ampliando o olhar sobre a clínica, por meio da construção de uma diversidade de ofertas terapêuticas, o que pressupõe mudanças não só na gestão, como também no cotidiano dos serviços (Vasconcelos et al, 2012).

A técnica do matriciamento na saúde mental pode ser desenvolvida tanto por profissionais dos CAPS, se existente no município, como pelas equipes que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O objetivo é ampliar o olhar e as intervenções sobre as diversas demandas encontradas nos cuidados primários. O trabalho destes profissionais conjuntamente com os profissionais da ESF tem por foco a promoção de saúde e o atendimento integral dos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade e efetividade da rede de cuidado (Brasil, 2014b). É possível observar no dia a dia dos serviços, estigmas e preconceitos relacionados à loucura ainda presentes, seja de forma explícita ou sutil, o que contribuiu para que houvesse um aumento considerável de profissionais especialistas na saúde mental como os psicólogos nestes espaços. O aumento no número de profissionais bem como a abertura de cursos de graduação em Psicologia no interior dos estados, está levando ao que autores como Bastos, Gondim e Rodrigues (2010) e Macedo e Dimenstein (2011) colocam como o fenômeno da interiorização da profissão. A criação dos NASF permitiu que muitas equipes básicas de saúde pudessem contar com a presença cada vez maior de psicólogos em seu quadro (Brasil, 2011). Todavia, até mesmo para estes profissionais este cenário se mostra desafiador, pois tende a exigir novas formas de atuação, sendo que muitos deles não se encontram preparados para o que deles se esperam (Freire, 2010; Freire & Saldanha, 2013).

Com relação especificamente aos cuidados em saúde mental nos municípios rurais, há poucos serviços e menor volume de recursos destinados ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais nestas localidades (Kohn et al., 2007; Lima et al., 2008). O tratamento, geralmente, quando existente, resume-se à assistência medicamentosa ou encaminhamentos para especialistas como psicólogos e psiquiatras, contenção policial em casos que apresentam agressividade e encaminhamento para acompanhamento e/ou internamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Hospitais Psiquiátricos localizados em outros municípios, muitas vezes, a distâncias consideráveis (Luzio & L'abate, 2009). Ademais, soma-se a falta de

interesse político, onde a saúde mental não se constitui uma prioridade para as políticas locais, além da própria organização social que por falta de conhecimento ou, por vezes, dependente do sistema político-assistencialista, não exige seus direitos. Assim, consolidar, uma rede assistencial articulada (entre gestores, técnicos, usuários, familiares, comunidade) para o atendimento às demandas de saúde mental nestas localidades se faz imprescindível, pois esta não se constitui em realidade. Pesquisa realizada por Silva, Dimenstein e Leite (2013) com familiares de portadores de transtornos mentais severos residentes na zona rural do alto sertão paraibano mostrou, por exemplo, que a falta de suporte financeiro, de transporte e de internação se apresentam como empecilhos para o cuidado aos pacientes, sendo motivo de afastamento destes da rede de atenção psicossocial existente, o que leva a afirmação dos autores de que para o cuidado em saúde não basta haver serviços disponíveis se a população não apresenta condições de usufruí-los.

Destarte, é possível perceber as dificuldades que enfrentam as populações rurais para obter cuidados em saúde mental. Isso mostra que em termos de acesso e utilização dos serviços de saúde, ainda há no Brasil, situações de iniquidade social que tornam algumas populações e grupos sociais mais vulneráveis ao adoecimento, entre os quais os de natureza psíquica. Diante o exposto, o maior desafio que se coloca a PNSM enquanto uma política promotora de direitos humanos, além de solidificar sua rede de cuidado, é reconhecer os elementos que colocam determinados grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade ao adoecimento mental e tecer práticas e intervenções que levem em consideração tais elementos. Assim, percebe-se que o quadro da Vulnerabilidade se apresenta como uma proposta de análise que permite verificar em que medida a PNSM e a rede de serviço em saúde mental, bem como as condições econômicas, sociais e culturais existentes nas cidades rurais estão assegurando os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, entre elas as que sofrem com TMC. Neste sentido, afirma-se que não se pode desconsiderar na análise do

sofrimento psíquico feminino o conjunto de elementos individuais, sociais e institucionais que permeiam este processo.

**CAPÍTULO IV - QUADRO DA VULNERABILIDADE: UMA PROPOSTA DE
ANÁLISE AOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL.**

4.1. Entendendo o conceito de Vulnerabilidade em saúde

A ideia de fatores de risco enquanto condicionantes para o adoecimento ainda é um elemento presente nas práticas em saúde, em especial, as de base epidemiológica, ao restringir grande parte da atenção dos profissionais da saúde à proteção e/ou prevenção de ambientes e comportamentos insalubres. Nesta visão, tais ambientes e comportamentos - de caráter objetivo, concreto - quando identificados, por um lado, podem ser prevenidos e controlados, mas, por outro, atribui grande responsabilização aos indivíduos neste controle (Castiel & Dias, 2007). A disponibilidade e o acesso às informações de prevenção são tidos como um forte instrumento de controle para estas situações de risco.

Todavia, as vivências do adoecimento, em especial, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, mostram que esta visão, apesar das suas contribuições, é limitada e que somente o conhecimento de ações de prevenção ou a vontade dos sujeitos não são suficientes para protegê-los de situações insalubres. Neste sentido, reconhece-se que existe um conjunto de elementos de ordem concreta e abstrata, de natureza coletiva e estrutural, que em determinadas situações e/ou condições de vida também atuam como fatores condicionantes para o adoecimento, exercendo forte influência na saúde e nos comportamentos dos indivíduos, como por exemplo, na adesão ou não ao tratamento, no uso ou não do preservativo nas relações sexuais, no uso ou não de drogas, entre outros (Bertolozzi et al, 2009; Freitas, Ribeiro & Saldanha, 2012; Pereira, Albuquerque, Santos, Lima & Saldanha, 2012). Isto leva a compreensão de que tais elementos em determinadas situações colocam algumas populações na condição de ser/estar mais suscetíveis ou vulneráveis a determinadas doenças quando comparados a outras na mesma situação (Ayres, 2003).

A concepção de vulnerabilidade no campo da Saúde Coletiva é recente, surgindo como uma possibilidade de se debruçar sobre o processo saúde-doença para além da perspectiva biomédica marcada pela análise dos aspectos epidemiológicos (agente etiológico, hospedeiro

e meio ambiente) e estilos de vida insalubres. Enquanto categoria analítica, emergiu nos anos 80-90 como uma nova forma de interpretação a pandemia do HIV/Aids, o que segundo Ayres, Paiva & França Jr (2012) buscava superar a concepção marcadamente individualizante, discriminante e estigmatizante que se construiu sobre a doença – por meio da ideia de grupos e comportamentos de risco – e que se mostrava limitada e prejudicial às pessoas que dela padeciam. Ademais, ainda segundo os autores, a disseminação da doença em diferentes partes do mundo mostrava que o processo de exposição, infecção e adoecimento pelo HIV/Aids poderia atingir diferentes grupos sociais e assumir diferentes formas, o que levou os pesquisadores e profissionais da saúde a perceber a necessidade de se construir novas práticas capazes de responder, de forma eficiente e eficaz, a estas particularidades.

Neste contexto, a ideia de vulnerabilidade trouxe para o centro do debate a identificação e a análise dos determinantes históricos, sociais, culturais e políticos que, de certa forma, influenciam a capacidade das pessoas de pensar, refletir e agir sobre as situações de risco que os colocam em exposição perante a doença (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012). No Brasil, a utilização do conceito de vulnerabilidade emerge aproximadamente no mesmo período, destacando-se a contribuição dos trabalhos de Ayres e colaboradores (Ayres, 2003; Ayres, Calazans, Saletti-Filho & França Jr., 2006). Vale salientar que a configuração política brasileira à época representada pelo processo de redemocratização, construção de uma nova constituinte e criação de um sistema público de saúde universal aliada ao movimento da Saúde Coletiva contribuíram para que este referencial teórico alcançasse expressiva elaboração no país (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

A adoção do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde brasileira, embora desenhada no contexto citado, vem traduzir a complexidade presente entre os aspectos individuais e coletivos existentes nos diferentes processos de adoecimento. Comumente, a vulnerabilidade é utilizada para designar maiores chances de exposição das pessoas ou

populações, em dada situação, a problemas e danos em saúde (Ayres, 2003; Bertolozzi et al., 2009). Todavia, embora contenha em seu seio a ideia de risco, sua visão é ampliada, pois traz para a discussão não só elementos de natureza individual, mas também de naturezas social e contextual que, correlacionados, produzem maior suscetibilidade dos indivíduos ao adoecimento e, simultaneamente, apontam a existência ou não de acesso a serviços ou disponibilidades de recursos para o seu enfrentamento (Ayres, Calazans, Saletti-Filho & França Jr., 2006). Neste sentido, a adoção do termo vulnerabilidade se mostra complementar e ampliada à ideia de risco, especialmente, quando parte de análises qualitativas sobre o adoecimento. Para Ayres (2003), diferentemente da ideia de fatores de risco, a vulnerabilidade leva em consideração a variabilidade e a dinâmica dos contextos sociais em que se vivenciam as experiências de adoecimento, indo além das relações fixas de causa e efeito como acontece na análise epidemiológica.

A proposta de análise do adoecimento sob a perspectiva da vulnerabilidade, segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), traz para o centro da discussão a correlação de três dimensões: a individual, a social e a programática. Segundo estes autores, a dimensão individual envolve, em um primeiro momento, a análise e avaliação do conhecimento e/ou informações que as pessoas possuem acerca do agravo que possibilita o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que favorecem a exposição aos fatores de risco. Mas, apesar do comportamento individual ser visto como o determinante final da vulnerabilidade (Muños-Sánchez & Bertolozzi, 2007) deve-se partir da compreensão de que os indivíduos são seres *de e em relação* ao que leva ao entendimento de que tais hábitos e/ou comportamentos não remetem apenas à ação volitiva das pessoas, mas expressam, especialmente, a capacidade que elas possuem - a partir das relações que desenvolvem no meio social em que vivem - de refletir sobre suas condições de vida, incorporar o conhecimento produzido e transformar as ações que as tornam suscetíveis ao agravo (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Segundo essa visão, o

indivíduo deve ser visto como ativo construtor, como “intersubjetividade” (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012 p.13) e não apenas como mero reprodutor de práticas/normas sociais. Neste sentido, a análise das percepções, conhecimentos e comportamentos que possibilitam maior vulnerabilidade ao adoecimento não deve perpassar somente a natureza individual, mas sempre envolver as interações estabelecidas entre as pessoas em seus processos de socialização.

A dimensão individual vem mostrar, segundo autores como Bertolozzi et al (2009), que situações de vulnerabilidade podem ser determinadas por: a) *condições cognitivas* (como por exemplo, acesso à informação, o reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), b) *comportamentais* (como o desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) estando, no entanto, estes fatores individuais sempre associados a c) *fatores socioculturais* (como o acesso a recursos e a capacidade de adotar comportamentos de proteção). A dimensão social, por sua vez, aprofunda tal relação partindo, inicialmente, da análise de indicadores sociais e contextuais que revelam os vários perfis da população objeto de análise. Entretanto, enquanto contexto de interação, ou seja, como espaço concreto de vivência intersubjetiva, vai integrar os fatores culturais e morais (como por exemplo, as características do espaço social, as normas sociais e institucionais vigentes, as relações de gênero entre outros), as iniquidades políticas sociais e econômicas, entre outros aspectos, que podem facilitar a exposição das pessoas às determinadas situações de risco (Ayres et al. 2006; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Bertolozzi et al, 2009). Já a dimensão programática vem fazer referência à capacidade funcional e estrutural das políticas, programas e serviços de intervirem nestas situações sociais e individuais. Contempla, por exemplo, as formas de distribuição, acesso e organização dos serviços de saúde; o vínculo que os usuários possuem com os profissionais de saúde e a adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições; as ações preconizadas para a prevenção o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde, a rede intersetorial e interdisciplinar de cuidado, entre

outros (Ayres et al., 2006; Bertolozzi et al, 2009). A Tabela 01 a seguir ilustra melhor os elementos envolvidos nestas dimensões:

Tabela 1

Dimensões da análise de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática (Ênfase no setor Saúde)
Valores	Normas Sociais	Compromisso Político dos Governos
Interesses	Referências Culturais	Definição de Políticas Específicas
Crenças	Relações de Gênero	Planejamento e Avaliação das Políticas
Credos	Relações de Raça/Etnia	Participação Social no Planejamento e Avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos Humanos e Materiais para as Políticas
Conhecimentos	Normas e Crenças religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e Discriminação	Controle Social
Comportamentos	Emprego	Sustentabilidade Política, Institucional e Material da Política.
Relações Familiares	Salário	Articulação Multissetorial das Ações
Relações de Amizade	Suporte Social	Atividades Intersetoriais
Relações Afetivo-sexuais	Acesso a Saúde	Organização do setor Saúde
Relações Profissionais	Acesso a Educação	Acesso aos Serviços
Situação Material	Acesso a Justiça	Qualidade dos Serviços
Situação Psicoemocional	Acesso a Cultura, Lazer e esporte	Integralidade da Atenção
Situação Física	Acesso à Mídia	Equidade das Ações
Redes e Suportes Sociais	Liberdade de Pensamento e Expressão	Equipes Multidisciplinares
	Participação Política	Enfoques Interdisciplinares
	Cidadania	Integração entre Prevenção, Promoção e Assistência;
		Preparo técnico científico dos profissionais e equipes
		Compromisso e Responsabilidade dos Profissionais;
		Respeito, Proteção e Promoção de Direitos Humanos;
		Participação Comunitária na gestão dos Serviços;
		Planejamento, Supervisão e Avaliação dos Serviços;
		Responsabilidade Social e Jurídica do Serviço

Nota: Adaptado de Ayres et al., 2006

É importante mais uma vez destacar que a análise da vulnerabilidade se dá pela relação entre estas três dimensões, não podendo uma ser desmembrada da outra. Por essa razão, os autores que defendem essa visão trabalham com a perspectiva de *totalidades compreensivas*, no sentido de superar a dicotomização entre individual e coletivo (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012). Pesquisas realizadas a partir deste enfoque no contexto do HIV/Aids, por exemplo, demonstraram que tanto a suscetibilidade ao adoecimento quanto a disponibilidade de recursos para seu enfrentamento se distribuem de forma diferenciada entre as populações quando se toma por base de análise alguns elementos socioculturais como as relações de gênero (Saldanha, 2011; Ribeiro, 2012); as diferenças entre classes sociais (Franco, 2010; Godoy, Silva & Souza, 2013), os grupos étnicos (Camargo, Giacomozzi, Wachelke & Aguiar, 2010; Lopes, Buchalla & Ayres, 2007), as diferentes faixas etárias (Saldanha, 2011b; Saldanha et al., 2008, Silva, 2011; Ribeiro, 2010; 2012) e diversas regiões e/ou países (Saldanha, 2011; Godoy et. al., 2013). Nesta perspectiva, para a interpretação do processo saúde-doença, a concepção de vulnerabilidade pode ser considerada um instrumento indicador de iniquidades sociais (Ayres et al, 2012). Ressalta-se, portanto, o aspecto político imbuído em seu conceito.

Ampliando essa concepção, atualmente soma-se a compreensão da vulnerabilidade à perspectiva dos direitos humanos. Apoiada na ideia de cidadania, o quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH) traz para o debate em saúde a necessidade de se construir ações e estratégias direcionadas a grupos e/ou pessoas fragilizadas jurídica e/ou politicamente na promoção, proteção e garantia dos seus direitos de cidadania, em especial, os referentes à sua condição de saúde (Ayres et al., 2012; Bertolozzi et al., 2009; Toledo, 2008). Para autores como Grunskin e Tarantolla (2012), parte-se do princípio de que o desrespeito aos direitos humanos se constitui em grande obstáculo à efetividade de políticas e programas de saúde pública, o que o torna um facilitador de condições de adoecimento. Afirmam assim que a relação entre vulnerabilidade e direitos humanos pretende enfatizar situações que mostram não

só quem está ou não em desvantagem, como também se esta condição é fruto de injustiças, o que leva esta abordagem, ainda segundo estes autores, a ser orientadora de políticas sobre o que pode ser feito e como pode ser feito.

O quadro da V&DH constitui-se, portanto, de um esforço teórico-político que objetiva dar maior visibilidade aos aspectos de cidadania que conferem suscetibilidades distintas entre pessoas e/ou grupos sociais a determinados agravos ou circunstâncias de vida e saúde, que passam a exigir responsabilidades e intervenções do Estado e a mobilização coletiva da sociedade e dos grupos sociais com os quais se deseja fazer prevenção e promoção de saúde (Ayres, Paiva & França Jr, 2012). No contexto brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse compromisso com os direitos humanos vem expresso nos princípios de universalidade, equidade e integralidade que regem as ações e serviços em saúde (Brasil, 2011b). Enquanto fator de análise, os direitos humanos têm contribuído principalmente para a percepção da dimensão programática da vulnerabilidade, avaliando entre outros aspectos: a) a disponibilidade dos serviços, cuja oferta deve ser suficiente para responder as diferentes demandas; b) a acessibilidade dos serviços, garantindo o acesso universal, sem nenhum tipo de discriminação; c) a aceitabilidade dos serviços, respeitando a cultura e os valores dos indivíduos e d) a qualidade dos serviços, com a oferta não só de recursos adequados, mas também de profissionais capacitados para realizar as ações (Grunskin & Tarantolla, 2012).

Com implicações éticas e políticas, o quadro da V&DH propõe ações voltadas ao compromisso com a justiça social e com o respeito às pessoas em suas singularidades e valores. Oferece assim, *“uma referência positiva para tratarmos de modo não prescritivo ou moralista, mas tampouco relativista ou inconsequente, as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletivas sobre elas”* (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012, p. 17). A tabela 02, a seguir, apresenta os elementos envolvidos nesta relação.

Tabela 2

Quadro da V&DH: dimensões individual, social e programática.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente em seus contextos*;	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural;	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal	Liberdade Mobilização e participação Instituições e poderes	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação Multissetorial Governabilidade
Recursos pessoais Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social	Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos	Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade
Subjetividade Intersubjetividade Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitude em Contexto* Gestos em Contexto* Falas em Contexto* Interesses em Contexto* Momento Emocional	Acesso a: Emprego/Salário Saúde Integral Educação/Prevenção Justiça Cultura Lazer/Esporte Mídia/Internet	Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência; Equipes multidisciplinares/ enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços.

Nota: Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr. (2012).

Enquanto modelo de ação, é possível perceber que no conceito de vulnerabilidade está implícito o caráter multidisciplinar. E isto é fundamental, quando se trata de problemas e de necessidades de saúde, uma vez que a complexidade do processo saúde-doença exige o diálogo entre diferentes disciplinas e campos de saber, sob pena de reduzir os serviços e ações a tarefas pontuais, de caráter emergencial e especializado, não incidindo de forma eficaz no combate e/ou prevenção do conjunto de elementos responsável pelo adoecimento ou condição insalubre (Bertolozzi et al, 2009). No cenário das políticas, serviços e ações em saúde mental, a

interdisciplinaridade e a intersetorialidade são aspectos fundamentais. Em suma, diante o que foi apresentado, afirma-se que o quadro da vulnerabilidade se mostra em um importante dispositivo para analisar os fenômenos ligados ao processo-saúde doença. No cenário da saúde mental, tal perspectiva pode contribuir para fortalecer o conhecimento que os aspectos individuais, sociais e programáticos possuem no desenvolvimento de situações de sofrimento psíquico de determinados grupos sociais e, no caso de contextos específicos, como os das cidades rurais, permite compreender como estes elementos estão imbricados na tentativa de explicar as vivências e os cuidados em saúde mental existentes nestas localidades.

PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS

**ESTUDO I: TMC EM MULHERES RESIDENTES EM CIDADES RURAIS
PARAIBANAS**

CAMPO DE PESQUISA

“Em qualquer situação, as mulheres têm mais causas de sofrimento que o homem, e padecem mais que ele”.

(Honoré de Balzac)

O mundo rural nordestino é marcado pelas precárias condições de vida de sua população. Prevalece nesta localidade um conjunto de déficit infraestruturais centrados nas condições de moradia, na baixa escolaridade, na falta de renda ou renda mínima - muitas delas advindas exclusivamente dos programas de transferência de renda do governo (Morton, 2013; Queiroz, Remy, Pereira & Silva Filho, 2010) - além das carências na oferta e uso dos serviços de saúde. Todos estes fatores contribuem para o agravamento nas questões que envolvem a saúde da população que ali reside, inclusive, para o desenvolvimento de sintomatologias psíquicas.

Dentre os estados nordestinos, em relação à Paraíba, 48.502 km² dos 56.439,8 km² de sua superfície territorial estão situados na região do semiárido caracterizada por chuvas escassas e irregulares, com baixa pluviosidade, por vezes, inferior aos 500 milímetros anuais, o que faz da Paraíba um dos principais estados nordestinos a sofrer com os períodos de seca (Macedo, Guedes, Souza e Dantas, 2010). Para uma maior visualização desta realidade, a figura 01 a seguir apresenta o mapa da Paraíba segundo suas mesorregiões geográficas.

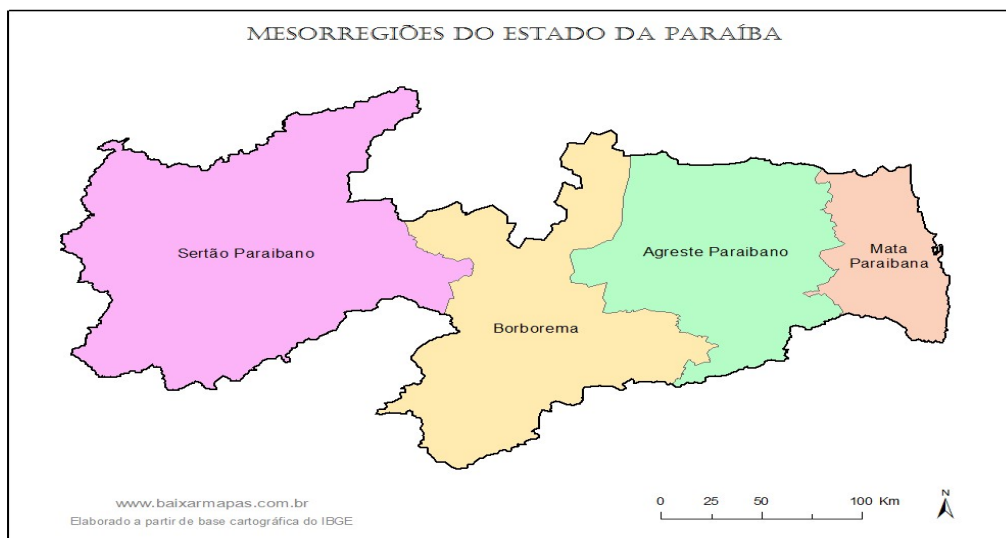


Figura 1: Mapa da Paraíba segundo suas mesorregiões geográficas.

Dos seus 223 municípios, 66% possuem menos de 11.000 habitantes e estão localizados, em sua maioria, nas regiões do Sertão e da Borborema que são as que mais sofrem com a seca. Nestes municípios predomina uma estrutura deficitária, com pouca oferta de políticas sociais, com funções de intermediação comercial primária, baixo nível de urbanização e - como em quase todos os municípios nordestinos - com uma estrutura política marcada pelo partidarismo político de tradição clientelista (Bursztyn & Chacon, 2011; Santos, 2011;). Tal política tende a se firmar em estruturas socioeconômicas tradicionais, com economia de base familiar ou patriarcal e, por assim ser, tende a reforçar o domínio masculino, trazendo algumas repercussões no ser e no viver das mulheres nestas localidades.

Em termos de cuidados em saúde, no tocante a atenção primária, o último Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família do estado da Paraíba, elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado em 2009, apontou que apesar da ESF estar presente nos 223 municípios paraibanos (com cobertura de, aproximadamente, 95% da população) há indícios de deficiências na gestão a nível municipal, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do governo estadual. Dentre outros, o relatório também apontou que, em

sua maioria, os serviços públicos de saúde apresentam problemas estruturais, com dificuldades da população no acesso aos serviços de maior complexidade; ausência de aparelhos e medicamentos (concentrados nos maiores centros urbanos como em Campina Grande e João Pessoa); pequeno número de funcionários; falta de profissionais - em especial, médicos (em alguns municípios não há sequer um médico que lá atenda pelo menos uma vez por semana); ausência de referência e contrarreferência para a média e alta complexidade da saúde; dentre outros.

Com relação aos cuidados em saúde mental, o quadro nestes municípios traz algumas preocupações. Apesar da Paraíba possuir atualmente 81 CAPS em funcionamento, com maior número de cobertura deste serviço por habitante no país (Paraíba, 2015), a já citada pesquisa realizada por Silva et al. (2013) em uma cidade do sertão paraibano mostrou que a falta de suporte financeiro, de meios de transporte ou mesmo de vagas para tratamento e internação tendem a afastar pacientes com transtornos mentais considerados mais graves e seus familiares da rede de atenção psicossocial. Segundo os autores, como consequência estes pacientes passam a buscar alternativas para o cuidado como o uso de recursos religiosos, laborais ou simplesmente medicamentosos. Já em termos de cuidados com pessoas com diagnósticos considerados leves - como é o caso das pessoas com TMC – é possível que este esteja somente a cargo da ESF que, como já foi dito, apresenta uma série de dificuldades no lidar com esta demanda, restringindo-se geralmente ao cuidado medicamentoso e encaminhamentos para especialistas (Ballester et al, 2005; Medeiros, 2003). Tais fatores, se somados a rigidez da cultura patriarcal ainda marcante, faz com que o cenário rural venha a se constituir em elemento de vulnerabilidade ao adoecimento psíquico feminino.

A construção identitária do típico nordestino é profundamente marcada pela ideia de virilidade e de masculinidade (Albuquerque Jr, 2009). O *cabra-macho* simbolizado na célebre figura de Lampião permeia a imagem de todo homem do Nordeste. Em contraste, a imagem da

mulher nordestina remete aos papéis patriarcais tradicionais de mães, esposas, filhas ou objetos sexuais, estes últimos, de cunho pejorativo ou depreciativo como são comumente retratadas nos nomes das bandas e/ou em algumas letras de forró, principal ritmo musical da região (Costa, 2013). Nas classes subalternas, a disposição dos papéis masculinos e femininos assumidos por homens e mulheres é perpassada, em sua grande maioria, por questões que envolvem *o quem dá* e *o quem recebe*. Mesmo diante a necessidade de contribuir para o sustento da família, o trabalho feminino nas classes mais pobres nestes espaços - seja no campo, no artesanato, como empregada doméstica ou nos afazeres da própria casa, com os filhos – é visto na maioria das vezes como complementar, quando não inexistente, ao do marido. Isto faz com que muitas mulheres rurais em virtude da dependência financeira se submetam a viver em casamentos/ relações afetivas sem amor, sem cumplicidade ou respeito. Muitas enfrentam ainda problemas relacionados aos vícios dos maridos, seja do álcool ou das jogatinas, que aliados às precárias condições de vida desembocam, em alguns casos, em outro problema que é o da violência doméstica (Costa, Moreira, Henriques, Marques & Fernandes, 2011; Gomes, Diniz, Camargo & Silva, 2012). Nesta conjuntura de pobreza e submissão, é possível que muitas mulheres do interior paraibano vivenciem situações que contribuam para maiores vulnerabilidades ao TMC.

Tendo em vista tal realidade, o presente estudo teve por objetivos:

OBJETIVO GERAL:

Identificar a prevalência de TMC nas mulheres residentes em cidades rurais paraibanas

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Verificar a associação dos TMC com os aspectos socioeconômicos, de estilos de vida e cuidados em saúde;

2. Verificar quais variáveis se mostram predisponentes para o aparecimento de TMC nas mulheres rurais.

Em virtude do que se propõe esta tese e do que apontou a revisão da literatura, algumas hipóteses foram consideradas para este estudo:

H₁: É alta a prevalência de TMC em mulheres paraibanas residentes em cidades rurais se comparada a outros estudos sobre o fenômeno realizados no país;

H₂: A prevalência de TMC será maior entre as mulheres mais velhas;

H₃: Elementos socioeconômicos como escolaridade e renda apresentarão associação negativa com maiores prevalências de TMC. Ou seja, quanto menor a escolaridade e a renda, maiores as prevalências de TMC observadas;

H₄: Serão observadas maiores prevalências de TMC entre as donas de casa e agricultoras;

H₅: Opressão de gênero, como ser vítima de violência doméstica, apresentará associação positiva com a presença de TMC;

H₆: O uso de medicamentos psicotrópicos será maior entre as mulheres mais velhas com TMC.

MÉTODO

Característica do Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, epidemiológico, descritivo, de caráter transversal e quantitativo.

População e plano amostral

A população deste estudo envolveu mulheres residentes em cidades rurais da Paraíba. Segundo dados do IBGE (2011) a população feminina paraibana atual é de 1.942.339 mulheres, sendo 1.299.205 com idade igual ou superior a 20 anos. Como as definições do IBGE sobre o rural divergem das trazidas por este estudo, não foi possível calcular uma amostragem de mulheres residentes em cidades rurais com base nos dados populacionais apresentado por este órgão. Assim, a escolha de uma amostra representativa para a população pretendida envolveu o seguinte processo de estágios, como mostra a tabela 3 a seguir:

Tabela 3

Unidade amostral segundo seus estágios

Estágio	Unidade amostral	Seleção
I	Macrorregiões de Saúde	Todas as quatro macrorregiões (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa)
II	Cidades rurais (Municípios com menos de 11.000hab).	Aleatória (pelo menos 03 municípios de cada região de saúde)
III	Populares	Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, escolhidas de forma aleatória.

Levou-se em consideração, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba. Esta se encontra dividida atualmente em 04 macrorregiões de saúde e 16 regiões de saúde. Cada macrorregião é composta por um determinado número de regiões de saúde e estas, por sua vez, abrangem um determinado número de municípios. Esta divisão forma a base territorial de planejamento da atenção à saúde na Paraíba, levando em conta às características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas de sua população e, também, a oferta de serviços e as relações intermunicipais (Paraíba, 2015). A figura 02 apresenta esta distribuição.

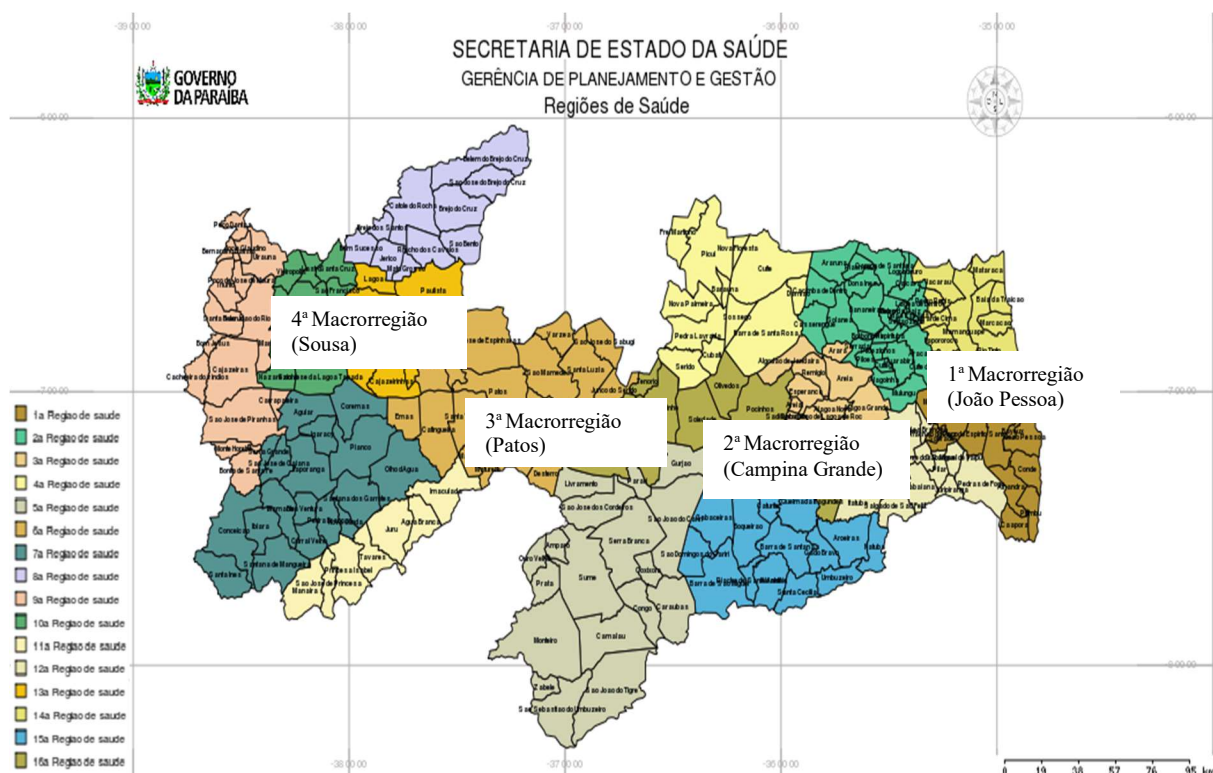


Figura 2: Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes. Governo da Paraíba (2015)

A primeira macrorregião, polarizada pelo município de João Pessoa, é composta por 04 regiões de saúde, totalizando 64 municípios (43,75% deles com menos de 10.000 hab.) com uma concentração de 47,82% da população do estado. A segunda macrorregião, polarizada pelo município de Campina Grande, é composta por 05 regiões de saúde, totalizando 70 municípios (60% deles com menos de 10.000hab.) com concentração de 28,30% da população do estado. A terceira macrorregião, polarizada pelo município de Patos, é composta por 03 regiões de saúde totalizando 49 municípios (75,5% deles com menos de 10.000hab) com concentração de 12% da população do estado. Por fim, a quarta macrorregião, polarizada pelo município de Sousa, é composta por 04 Regiões de Saúde, totalizando 40 municípios (77,5% deles com menos de 10.000hab) e concentração de 11,88% da população do estado.

Assim, para a composição da amostra decidiu-se abarcar todas as macrorregiões selecionando, de forma aleatória, mulheres residentes em pelo menos 03 municípios com menos de 11.000hab de cada macrorregião. Assim, a coleta dos dados foi realizada em 16 municípios, sendo 03 pertencentes à macrorregião de João Pessoa, 04 pertencentes à macrorregião de Campina Grande, 03 pertencentes à macrorregião de Patos e 06 pertencentes à macrorregião de Sousa. Os municípios selecionados, bem como suas respectivas macrorregiões encontram-se descritos no Apêndice 01.

Amostra

A amostra foi constituída por 608 mulheres com idades variando de 18 a 83 anos (M=43 anos; DP=14,64). A escolha das participantes foi feita de forma aleatória, sendo as mulheres abordadas em espaços públicos ou em suas residências. Fizeram parte da amostra aquelas que concordaram em responder aos instrumentos e que atenderam aos seguintes critérios: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; b) ser residente no município há pelo menos 01 ano; e c) fazer uso dos serviços de saúde locais.

Instrumentos

Para coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) **Questionário sociodemográfico** – que objetivou caracterizar a amostra em termos sociais e econômicos por meio de variáveis como idade, estado civil, renda, nível de escolaridade, ocupação/profissão, entre outras; em termos de estilo de vida e cuidados em saúde por meio de variáveis como atividades de lazer, vítima de violência, vivência de situação estressora, uso de medicamento psicotrópico, acompanhamento por profissionais de saúde mental, entre outras (Apêndice 02).

b) **Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)** – O SRQ é um instrumento criado pela OMS para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral, especialmente, nos cuidados primários (Morais, 2010; Santos, Araújo & Oliveira, 2009). Em sua versão original, o instrumento contém 24 itens distribuídos em 20 questões para avaliação de transtornos não-psicóticos e quatro para transtornos psicóticos. Para o trato do TMC, o SRQ apresenta-se como um importante instrumento diagnóstico, sendo, no entanto, utilizada sua versão reduzida, o SRQ-20 na qual retirou-se os quatro itens referentes aos sintomas psicóticos (Anexo 01). Esta versão foi validada no Brasil primeiramente por Mary e Williams (1985) e constitui-se num dos principais instrumentos utilizados nos estudos brasileiros para a detecção do TMC (Anselmi et al., 2008; Bandeira et al., 2007; Carlotto et al., 2011; Costa & Ludermir, 2005; Dantas et al., 2011; Farias & Araújo, 2011; Gonçalves & Kapczinski, 2008a; 2008b).

O SRQ-20 é composto por 20 itens com possibilidade de resposta dicotômica (sim/não) que abordam sintomas emocionais e físicos como cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimento de tristeza e de desesperança, entre outros. Os itens deste instrumento encontram-se distribuídos em quatro fatores: a) Queixas somáticas (composto por 06 itens); b) Humor depressivo e ansioso (composto por 04 itens), c) Perda da energia vital (composto por 06 itens) e d) Pensamentos depressivos (composto por 04 itens). Cada resposta afirmativa aos itens é pontuada com o valor igual a 01 e as respostas negativas com o valor igual a zero. O escore final é feito por meio do somatório dos valores, onde pode-se afirmar a existência significativa de morbidade psiquiátrica não-psicótica comum para a população feminina na presença de 08 ou mais respostas afirmativas, levando-se em consideração as orientações da validação brasileira feita por Mary e Williams (1985).

Procedimentos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa (CEP– UNIPÊ) recebendo parecer favorável (protocolo 316.559, Anexo 02). Em seguida, foi feita a escolha aleatória dos municípios, obedecendo ao plano amostral anteriormente explicitado. Selecionados os municípios, a pesquisadora - junto a uma equipe de trabalho - viajou para cada localidade e deu início a coleta de dados. As participantes foram contatadas em lugares públicos (como praças e logradouros) ou em suas residências. A aplicação dos instrumentos ocorreu nestes lugares, de acordo com a disponibilidade das participantes. Como algumas delas estavam no momento da abordagem acompanhadas de outras pessoas, tentou-se preservar, ao máximo, a interferência de terceiros nas respostas ou na condução da pesquisa, especialmente, no tocante ao sigilo das respostas, onde foi perguntado se a pessoa que estava acompanhando a participante poderia ficar e ouvir as respostas dadas.

Inicialmente, foram informados os objetivos da pesquisa, garantindo às participantes o anonimato e o sigilo das informações, respeitando a resolução 466/2012 que envolve a pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). Também foi informado o caráter voluntário da participação, sendo solicitada em seguida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 03). Muitas participantes receosas com a questão da confidencialidade dos dados não quiseram assinar seu nome completo no TCLE, colocando apenas as iniciais. A aplicação dos instrumentos se deu de forma individual, sendo as respostas marcadas, na maioria das vezes, pela pesquisadora ou por alguém da equipe de trabalho. Poucas mulheres aceitaram elas mesmas preencherem as respostas dos instrumentos utilizados. Nos casos em que as participantes assinalaram, elas próprias, as questões presentes nos instrumentos, a pesquisadora – ou um membro da equipe de trabalho – permaneceu presente para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir.

Análise dos Dados

O banco de dados foi construído a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows versão 18. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados por meio de estatísticas descritivas e análises gráficas visando identificar a distribuição dos dados e eventuais omissões de respostas.

O questionário sociodemográfico foi analisado com base em estatísticas descritivas, utilizando-se distribuição de frequências, medidas de tendência central (Média) e de variabilidade (Desvio Padrão). Já para análise do SRQ-20, por se tratar de um instrumento de rastreamento, foi feito inicialmente o somatório dos itens afirmativos (com valores iguais a 01) para obtenção do score final. A partir do ponto de corte estabelecido (valores superiores a 07), verificou-se a prevalência de TMC nas participantes, bem como a média de respostas afirmativas aos itens. Em seguida, ao levar em consideração as mulheres que apresentaram sintomatologia significativa para o TMC, verificou-se por meio da frequência dos sintomas, quais fatores do SRQ-20 mais contribuíram para a presença de TMC entre as mulheres. Logo depois foram feitas distribuições de frequências e realizados testes de independência (testes do Qui-quadrado) e associação (Razão de prevalência) para verificar entre as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e cuidados em saúde àquelas que apresentaram maiores prevalências e que estavam associadas à presença de TMC. Por fim, fez-se uso da regressão logística, no sentido de verificar as principais variáveis preditoras para a presença de TMC nesta amostra de mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil socioeconômico das participantes.

Das 608 mulheres participantes do estudo, a maioria se encontrava na faixa etária dos 30 aos 59 anos (63%), eram casadas (72%) e residiam em municípios da 2ª Macrorregião de Saúde polarizada pelo município de Campina Grande (30,9%). Por entender os aspectos econômicos como relacionados à tríade escolaridade-ocupação-renda, é possível afirmar que a maioria das participantes vivenciavam precárias condições de vida, uma vez que declararam ter cursado apenas os primeiros anos do ensino fundamental (50,9%), possuíam renda familiar menor que 02 salários mínimos (92,8%) e exerciam atividades não valorizadas socialmente como as de agricultoras (32,9%) e donas de casa (23,5%). A tabela 02 a seguir apresenta estes e outros dados detalhadamente.

Tabela 4

Perfil das participantes segundo as variáveis sociodemográficas.

	Variáveis	(f) ^a	%
Macrorregião de Saúde (N=608)	<i>João Pessoa</i>	165	27,1
	<i>Campina Grande</i>	185	30,9
	<i>Patos</i>	87	14,3
	<i>Sousa</i>	171	28,1
Faixa etária (N=608)	<i>18-29 anos</i>	129	21,2
	<i>30-59 anos</i>	383	63,0
	<i>60 ou mais</i>	96	15,8
Estado Civil (N= 603)	<i>Solteira</i>	88	14,6
	<i>Casada/União estável</i>	434	72,0
	<i>Separada/Divorciada</i>	41	6,7
	<i>Viúva</i>	40	6,7
Escolaridade (N=603)	<i>Sem escolaridade</i>	50	8,3
	<i>Ensino Fundamental</i>	307	50,9
	<i>Ensino Médio</i>	166	27,5
	<i>Ensino Superior</i>	80	13,3
Situação Laboral (N=513)	<i>Empregada</i>	225	43,9
	<i>Desempregada</i>	179	34,9
	<i>Aposentada</i>	109	21,2
Profissão/Ocupação (N=532)	<i>Donas de casa</i>	125	23,5
	<i>Agricultoras</i>	175	32,9
	<i>Comerciantes/comerciárias</i>	70	13,2
	<i>Funcionárias Públicas</i>	126	23,7
	<i>Domésticas</i>	12	2,3
	<i>Outras</i>	24	4,5
Renda familiar^b (N=515)	<i>Menor que 01 Salário mínimo</i>	185	35,9
	<i>Entre 01 e 02 salários mínimos</i>	293	56,9
	<i>Maior que 02 salários mínimos</i>	37	7,2
Benefício governamental (N=543)	<i>Nenhum</i>	325	59,9
	<i>Bolsa família</i>	211	35,7
	<i>Outros</i>	24	4,5
Religião (N=600)	<i>Católica</i>	475	79,2
	<i>Evangélica</i>	112	18,7
	<i>Outra</i>	13	2,2
Orientação Sexual (N=600)	<i>Heterossexual</i>	598	99,7
	<i>Homossexual</i>	01	0,2
	<i>Bissexual</i>	01	0,2

Nota: ^a Excluídos os casos omissos. ^b Salário mínimo vigente à época da coleta de dados no valor de R\$724,00.

No sertão nordestino, deficiências na oferta e acesso à educação, bem como a falta de postos de trabalho faz com que muitas famílias enfrentem o desemprego e vivam em condições de miserabilidade. Tais situações, segundo Menezes (2009) ainda são fatores de êxodo, especialmente, entre a população jovem. Para grande parte dos jovens das classes subalternas no meio rural é comum, segundo a autora, o abandono escolar diante a necessidade de entrar no mercado de trabalho para ajudar no sustento da família. No caso das mulheres, grande parte dessa ajuda está ligada ao trabalho doméstico (seja na própria casa ou na de terceiros) e à agricultura (Lopes, Pontili & Almeida, 2012). Assim, é comum nos pequenos municípios que um número significativo de mulheres exerça estas atividades como se pôde constatar neste estudo.

É sabido que melhorias na condição de vida tem relação direta com o grau de instrução. Apesar de ser cada vez maior a participação feminina na educação superior no país (Ristoff, 2006), esta realidade parece ser bem mais difícil de ser vivenciada entre as mulheres de baixa renda. A abertura de campus de Universidades e Institutos Federais em cidades de médio porte, próximas aos pequenos municípios, facilitou o acesso ao ensino superior pela população rural (Lumbando & Bastos, 2013; Silva, 2012), mas, como visto, parece ainda não atingir de maneira efetiva a população mais pobre. Neste sentido, as relações desiguais de gênero quando somadas a aspectos como baixa escolaridade e renda bem como falta de melhores oportunidades de trabalho tendem a fortalecer a perpetuação da invisibilidade do trabalho feminino nas pequenas cidades, conferindo à maioria das mulheres a realização de tarefas relacionadas aos papéis patriarcais tradicionais de senhora do lar e esposa de agricultor.

Uma alternativa de trabalho que se apresenta à baixa escolarização e a qualificação profissional feminina neste cenário é o setor terciário, sendo o funcionalismo público e o comércio as principais vias de acesso às mulheres ao mercado de trabalho (Santos, 2011; Silva & Menezes, 2013). Segundo dados trazidos por Santos (2011), municípios brasileiros com

população inferior a 10 mil habitantes têm, geralmente, 5,3% dos seus habitantes como funcionários públicos. Nesta amostra de mulheres, 23,7% delas disseram exercer atividades ligadas a este campo de trabalho, destacando-se as ocupações de professoras e auxiliar de serviços gerais como as mais frequentes. Cabe destacar a relação destas atividades aos papéis femininos do cuidar e do educar, no caso das professoras, bem como às características do trabalho feminino doméstico como o lavar, limpar e varrer para as auxiliares de serviços gerais.

O Comércio – formal e informal - também apareceu como espaço de trabalho para estas mulheres (13,2%), seja como empregadas contratadas ou como “proprietárias ajudantes do marido/pai”. Pequenas empresas do setor alimentício como os conhecidos mercadinhos, padarias e lanchonetes, bem como pequenas lojas de calçados e vestuário, farmácias, entre outros, constituem a base formal e fixa deste setor nestas localidades, enquanto as chamadas “feiras livres” constituem a base informal e periódica (Gomes, 2012; Queiroz, 2013; Silva, 2014) e servem de inserção para muitas mulheres rurais no trabalho “fora de casa”. Contudo, segundo pesquisa feita por Gomes (2012) em cidades rurais do estado vizinho Rio Grande do Norte, uma das principais características do setor comerciário nestas localidades é o fato da maioria dos estabelecimentos ser baseado em uma estrutura familiar, sendo o homem considerado o principal responsável (“dono”) por sua condução e as mulheres, filhos e/ou demais parentes sendo seus empregados ou ajudantes. Assim, se para as mulheres este apresenta-se como uma oportunidade de substituição ao trabalho doméstico, na verdade, em muitos casos, este trabalho ainda se configura como complementar ao trabalho doméstico e ao do marido.

Tendo em vista as condições socioeconômicas apresentadas, informações relacionadas ao beneficiamento de auxílio governamental - em especial, os de programas de transferência de renda - também foram coletadas neste estudo. Segundo dados da Controladoria Geral da União (CGU, 2012), diante as situações de miserabilidade em que vive grande parte da

população nordestina, a região Nordeste se apresenta desde o início do Programa Bolsa Família, como a região com o maior número de beneficiários, estando a população paraibana entre seus principais receptores. No caso da amostra de mulheres em questão, 35,7% afirmaram ser beneficiárias do respectivo programa, estando a maioria na faixa etária dos 30 aos 59 anos e possuindo renda familiar menor que um salário mínimo. No tocante a ocupação, a maioria das beneficiárias eram donas de casa e agricultoras.

Em termos de direitos e cidadania, autores como Rego e Pinzani (2013) afirmam que este programa acena para a possibilidade de expressão de autonomia – moral, econômica e política - feminina, visto ser este concedido em nome da mulher e ser por ela administrado. Entretanto, para Morton (2013) isto nem sempre condiz com a realidade encontrada entre as mulheres beneficiárias, especialmente, entre àquelas mais pobres. Segundo o autor, isto acontece porque muitas famílias sobrevivem única e exclusivamente com o valor oferecido pelo Programa, não havendo outra fonte de renda. Assim, para as mulheres destas famílias, de acordo com o autor, o benefício é visto, primeiramente, como um bem coletivo - inclusive do cônjuge - pois é deste rendimento que depende todo o sustento e sobrevivência da família. O autor enfatiza que somente naquelas famílias em que há uma complementação de renda fixa ao Bolsa Família é que é permitido à mulher barganhar o uso deste benefício em favor próprio e ser este, então, sinalizador de autonomia feminina, o que não ocorre entre as mulheres que vivem em extrema pobreza. Para a amostra aqui investigada, pode-se dizer que 35,9% das mulheres participantes pertencem a famílias extremamente pobres, com renda menor que um salário mínimo e cuja sobrevivência depende em grande parte do benefício recebido. Tal situação de pobreza pode resultar em vivências de submissão e, com todas as situações adversas que esta acarreta, pode ser fonte de adoecimento para estas mulheres, inclusive de TMC.

Considerando a religião como um possível fator de proteção e resiliência a determinadas doenças, procurou-se saber a qual religião pertenciam as mulheres investigadas.

A maioria se disse católica, avaliando - numa escala de 0 a 10 pontos - seu grau de religiosidade como alto (M= 8,24; DP= 2,11). Pesquisa recente apresentada por Neri (2011) sobre o novo mapa das religiões no Brasil mostrou que a importância dada à religião na vida das pessoas é maior entre as camadas mais pobres, entre as mulheres e pessoas mais velhas, o que lhes confere maior assiduidade às cerimônias religiosas e maiores expressões de fé quando comparadas aos demais membros dos outros grupos.

Estudo realizado por Araújo et al., (2008) com população idosa de quatro municípios no interior do estado do Ceará, por exemplo, confirmou estes resultados, mostrando que as mulheres idosas se dedicavam mais que os homens idosos às questões religiosas, podendo ser esta dedicação expressa por meio de recursos como orações diárias e maior expressão de confiança em Deus em seus discursos. No presente estudo, foi feita uma diferença de médias (teste t) em relação ao grau de religiosidade apresentado pelas mulheres com mais de 50 anos e as mulheres com menos de 50 anos. Os resultados expressos na tabela 03 a seguir, corroboram os apresentados pelas pesquisas citadas e mostra que as entre as participantes, também, foram as mais velhas que apresentaram maior grau de religiosidade.

Tabela 5

Diferença de média com relação ao nível de religiosidade segundo faixa etária das participantes (N=608)

Fatores	Nível de Religiosidade				
	M	DP	T (gl)	Valor-p	IC de 95%
Menor que 50 anos	7,99	2,19	4,253(597)	0,001	-1,13 - 0,42
Igual ou maior que 50 anos	8,76	1,84			

Em termos institucionais, apesar do catolicismo continuar em queda no Brasil, este ainda se constitui na principal religião do nordeste brasileiro, em especial, nos municípios de pequeno porte (IBGE, 2011; Neri, 2011). Dada a cultura patriarcal que ainda prevalece no

Nordeste e sua relação aos preceitos do catolicismo, o resultado já era esperado. Ademais, faz-se importante ressaltar que por sua estrutura patriarcal, o Cristianismo foi, como já discutido, um dos primeiros instrumentos de controle e um dos elementos fundamentais na estruturação das desigualdades de gênero. No que tange aos comportamentos de saúde, aspectos ligados à maternidade e inibição da sexualidade, por exemplo, foram por ele reforçados, sendo causa de adoecimento psíquico para um número significativo de mulheres.

Estilos de vida, Eventos de vida estressores, violência doméstica e cuidados em saúde mental.

Ao partir do conceito ampliado de saúde, este estudo entende que esta, em todas as suas dimensões, abarca o direito de usufruto de políticas sociais, inclusive de atividades de lazer (Brasil, 2012b). Em termos de saúde mental, as pesquisas de Araújo et al (2007) e Rocha et al. (2011) já mostraram a associação negativa entre o lazer e a prevalência de TMC. Entende-se, pois, que tais atividades podem ajudar a diminuir o surgimento de sofrimento e/ou sintomas psíquicos na população. Partindo deste pressuposto foi questionado às mulheres participantes sobre que tipo de atividades elas realizam para se divertir ou para aliviar as preocupações do dia a dia. Dentre as respostas coletadas, 17,2% responderam que não fazem nada, pois a cidade em que residem não oferece opções para lazer ou divertimento. Como já mencionado neste trabalho, os recursos comunitários que promovem a realização de atividades recreativas e que favorecem opções de lazer nas cidades rurais são bastante limitadas.

Diante à falta de instrumentos públicos para o lazer nos municípios em que residem, algumas participantes declararam realizar pequenas atividades para seu divertimento desde encontrar os amigos/familiares (25,2%), ir à igreja (15,3%) ou mesmo ficar em casa assistindo TV com a família (16,5%). Estes e outros dados podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 6

Perfil das mulheres participantes segundo estilo de vida.

Variáveis		(f) ^a	%
Atividades para diversão/lazer (N=600)	<i>Nenhuma</i>	102	17,0
	<i>Encontrar amigos/familiares</i>	151	25,2
	<i>Ir à Igreja</i>	92	15,3
	<i>Ficar em casa</i>	99	16,5
	<i>Ir às festas públicas</i>	61	10,0
	<i>Praticar atividade física</i>	16	2,7
	<i>Fazer as atividades domésticas</i>	11	1,8
	<i>Outras</i>	68	11,3
Prática de atividade física (N=605)	<i>Não</i>	384	63,5
	<i>Algumas Vezes</i>	107	17,7
	<i>Sim</i>	114	18,8
Tipo de atividade (N=214)	<i>Caminhada</i>	176	82,2
	<i>Academia</i>	35	16,4
	<i>Outras</i>	03	1,44
Fumante (N=596)	<i>Não</i>	516	85,9
	<i>Sim</i>	89	14,7
Ingere bebida alcoólica (N=593)	<i>Nunca</i>	432	71,8
	<i>Às vezes</i>	167	27,7
	<i>Sempre</i>	03	0,5

Nota: ^a Excluídos os casos omissos.

Resultados relacionados a tais atividades também foram encontrados na já citada pesquisa feita por Araújo et al. (2008) com idosos de cidades do interior do Ceará, mostrando que a rede social destas mulheres se restringe à família e/ou vizinhança. Mas, independentemente da atividade realizada, o importante é que estas mulheres em meio aos seus afazeres encontram tempo e alternativas para aliviar suas tensões e preocupações do dia a dia. Pesquisa recente realizada por Pinho e Araújo (2012) com mulheres de Feira de Santana/Bahia mostrou que a sobrecarga doméstica é um fator de risco para o TMC, estando associada entre outros fatores à baixa renda e a falta de tempo para o lazer, mesmo sendo este último relacionado à conversa entre familiares e vizinhos.

Com relação a cuidados individuais de saúde, concebendo a atividade física regular como um comportamento que auxilia na diminuição de sintomas e controle de determinadas enfermidades, seja de natureza crônica ou psíquica, também foi questionado às mulheres participantes se elas exerciam algum tipo de atividade física onde 63% delas responderam que não. Entre as que responderam sim - mesmo que de vez em quando – a atividade mais realizada foi a caminhada. Já com relação aos vícios, apesar da maioria ter se declarado não fumante, 28,2% afirmaram ingerir bebidas alcoólicas, que, somado ao dado já descrito anteriormente, reforça a necessidade de maiores atenções para este comportamento como forma de diminuir ou evitar situações que contribuam para maiores vulnerabilidades em saúde destas mulheres.

Potencial variável causadora de TMC, a violência doméstica também foi investigada neste estudo. Quando questionadas se sofrem ou já sofreram algum tipo de violência, 8% (n=48) das participantes afirmaram que sim, sendo a violência física a mais citada e o cônjuge/parceiro o principal agressor. A tabela 07 a seguir apresenta melhor estes dados.

Tabela 7

Perfil das participantes segundo vivência de violência doméstica.

Variáveis		(f) ^a	%
Vítima de violência (N=602)	<i>Não</i>	554	92,0
	<i>Sim</i>	48	8,0
Tipo de violência (N=44)	<i>Física</i>	24	54,5
	<i>Verbal</i>	14	31,8
	<i>Sexual</i>	04	9,1
	<i>Psicológica</i>	02	4,6
Principal agressor (N=36)	<i>Cônjuge/parceiro</i>	26	72,2
	<i>Pai</i>	02	5,7
	<i>Familiares</i>	03	8,5
	<i>Desconhecido</i>	04	11,4
	<i>Outros</i>	01	2,85

Nota:^a Excluídos os casos omissos.

No contexto brasileiro, a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/06) apesar de punitiva não fez diminuir os casos de violência doméstica pelos maridos/companheiros (Leite & Machado, 2013), confirmando uma estrutura ideológica que ainda legitima e cultiva este tipo de violência nas relações conjugais. Considerações sobre negação, vergonha na admissão do fato, entre outros fatores, podem, no entanto, estar mascarando tal realidade, os quais devem ser considerados, em especial, entre culturas patriarcalistas opressoras como a que se encontra nas pequenas cidades da Paraíba. Outro fator que pode contribuir para a subnotificação dos casos é que muitas mulheres fazem menção apenas a agressão física, não reconhecendo as ameaças verbais e psicológicas como sendo vivências de violência.

Também se procurou neste estudo, verificar se as mulheres participantes tinham passado ou estavam passando recentemente por algum evento de vida estressor e, em termos de cuidados aos sintomas apresentados, se faziam uso de medicação psicotrópica e/ou se tinham algum antecedente familiar padecendo dos mesmos sintomas. A tabela 08 a seguir traz estas e outras informações.

Tabela 8

Perfil das participantes segundo vivência de eventos estressores, uso de medicamento e antecedentes familiares para transtornos mentais

Variáveis		(f) ^a	%
Vivência de situação causadora de sofrimento (N=605)	<i>Não</i>	303	50,1
	<i>Sim</i>	302	49,9
Qual situação? (n=292)	<i>Problemas familiares</i>	117	40,1
	<i>Falecimento de familiares próximos</i>	55	18,8
	<i>Problemas de saúde</i>	64	21,9
	<i>Estresses do dia a dia</i>	27	09,2
	<i>Problemas financeiros</i>	24	08,2
	<i>Outros</i>	05	01,7
Uso de medicação psicotrópica (N= 600)	<i>Não</i>	528	88,0
	<i>Sim</i>	72	12,0
Tipo de medicamento (N= 65)	<i>Ansiolíticos</i>	43	66,2
	<i>Antidepressivos</i>	14	21,5
	<i>Anticonvulsivantes</i>	05	07,7
	<i>Outros</i>	03	04,6
Responsável pela prescrição (N= 69)	<i>Médico da ESF</i>	40	58,0
	<i>Psiquiatra</i>	15	21,7
	<i>Neurologista</i>	13	18,8
	<i>Amigos</i>	01	01,4
Antecedentes familiares para transtornos mentais (N=601)	<i>Não</i>	410	68,2
	<i>Sim</i>	191	31,8
Qual familiar? (N=191)	<i>Cônjuge</i>	17	08,9
	<i>Pais</i>	24	12,5
	<i>Filhos</i>	21	10,9
	<i>Irmãos</i>	39	20,4
	<i>Avós</i>	02	01
	<i>Netos</i>	04	02,1
	<i>Tios</i>	37	19,4
	<i>Sobrinhos</i>	47	24,6

Nota: ^aExcluídos os casos omissos.

Os chamados life-events (ou eventos de vida estressores) se referem àqueles acontecimentos comuns de vida, que, dependendo da forma como são percebidos e vividos

pelas pessoas, assumem uma conotação negativa e podem ser causa de adoecimento (Margis et al., 2003; Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008). Nesta amostra de mulheres, 49,9% das participantes afirmaram ter passado no último ano por situações que lhes trouxeram sofrimento psíquico, sendo as mais relatadas: a) os problemas de natureza familiar - incluindo-se nesta categoria o alcoolismo do cônjuge, a preocupação com os filhos e a separação conjugal – (40,1%); b) o falecimento de familiares próximos (18,8%); c) problemas relacionados à saúde - própria ou de familiares (21,9%); d) o estresse do dia a dia (9,2%) e por fim e) problemas de ordem financeira (8,2%), ligados, especialmente, ao desemprego e a falta de oportunidades de trabalho. Incluídos no rol dos determinantes sociais da saúde mental, tais eventos merecem atenção e devem ser considerados nas práticas dos profissionais da saúde (Alves e Rodrigues, 2010).

Por compreender que a vivência destas situações pode gerar a manifestação de sintomas psicopatológicos, procurou-se saber também se estas mulheres estavam tendo algum tipo de assistência ou cuidados em saúde mental. Como já mencionado nesta tese, a prescrição de medicamentos psicotrópicos ainda é o principal meio utilizado pelos profissionais de saúde para o cuidado do sofrimento psíquico (Traverso-Yépez & Medeiros, 2004). Deste modo, questionou-se, primeiramente, às mulheres sobre o possível uso destes medicamentos para o combate aos sintomas por elas apresentados no SRQ-20. Entre as participantes, 12% afirmaram fazer uso, sendo a maioria destes medicamentos de teor ansiolítico (66,2%).

O uso de medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos, muitas vezes de forma abusiva, é uma realidade entre a população brasileira, em especial, entre a população feminina (Ferrari et al., 2013; Netto, Freitas & Pereira, 2012). No caso das mulheres aqui investigadas, os motivos alegados para o uso de medicamentos se relacionaram à diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos e ao enfrentamento dos eventos estressores. A maioria das prescrições foi feita pelo médico da ESF (58%), o que pode ser justificado pela presença dos serviços de

atenção primária nas cidades pesquisadas. Como já mencionado, tais serviços representam, muitas vezes, a primeira e/ou única via de acesso da população aos serviços de saúde nas cidades rurais (Alcântara & Lopes, 2012). Depois do médico da ESF, os principais responsáveis pelas prescrições foram os médicos psiquiatras (21,7%) e neurologistas (18,8%). Ademais, conjecturando a possibilidade do sofrimento psíquico feminino estar relacionado à possível predisposição de morbidade psiquiátrica familiar, também foi questionado às mulheres se possuíam um membro da família com a mesma expressão dos seus sintomas, das quais 31,4% afirmaram que sim, sendo sua maioria, referentes a sobrinhos e irmãos.

Nas cidades rurais, a dificuldade de haver profissionais da saúde mental especialistas faz com que a população precise se deslocar para outras cidades ou centros maiores para obter este tipo de atendimento. Assim, também se procurou verificar quantas mulheres estavam em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, o local deste atendimento, os responsáveis pelo encaminhamento e os motivos que as levaram a buscar estes serviços. A tabela a seguir traz estes dados em detalhes.

Tabela 9

Perfil das participantes em relação aos cuidados em saúde mental.

Variáveis		(f) ^a	%
Atendimento psicológico (N=600)	<i>Não</i>	502	83,7
	<i>Sim</i>	98	16,3
Responsável pelo encaminhamento (N=84)	<i>Médico da ESF</i>	34	40,5
	<i>Procura espontânea</i>	32	38,1
	<i>Psiquiatra/Neurologista</i>	08	9,5
	<i>Profissionais de saúde em geral</i>	04	4,8
	<i>Amigos</i>	05	6,0
	<i>Outros</i>	01	1,2
Local de atendimento (N=87)	<i>Cidade onde reside</i>	44	50,6
	<i>Outra cidade</i>	43	49,4
Motivo do encaminhamento/procura psicológica (N=89)	<i>Sintomas depressivos/ansiosos</i>	44	49,4
	<i>Problemas com os filhos</i>	11	12,4
	<i>Luto pela morte de familiares</i>	10	11,2
	<i>Enfrentamento para problemas de saúde</i>	10	11,2
	<i>Problemas amorosos</i>	04	04,5
	<i>Outros</i>	10	11,2
Atendimento psiquiátrico (N=599)	<i>Não</i>	558	92,2
	<i>Sim</i>	41	6,8
Responsável pelo encaminhamento (N=35)	<i>Médico da ESF</i>	17	48,6
	<i>Espontâneo</i>	13	37,1
	<i>Amigos</i>	05	14,3
Motivo do encaminhamento psiquiátrico (N=36)	<i>Sintomas depressivos/ansiosos</i>	25	69,4
	<i>Luto pela morte de familiares</i>	03	8,3
	<i>Estresse do dia a dia</i>	02	5,6
	<i>Problemas de saúde</i>	04	11,1
	<i>Outros</i>	02	5,6
Local do atendimento (N=38)	<i>Cidade onde reside</i>	07	18,4
	<i>Outra cidade</i>	31	81,6

Nota: ^a Excluídos os casos omissos.

De acordo com Alcântara e Lopes (2012) o tempo levado para conseguir uma vaga entre os profissionais especialistas que atendem pelo sistema público é alto, o que faz que muitas pessoas optem pelo sistema privado. Segundo os autores, além da consulta, as despesas somam o transporte, a alimentação e até mesmo um acompanhante. Assim, o fato de muitas famílias

não possuírem condições financeiras que permitam um acompanhamento sistemático pode levar ao abandono do acompanhamento/tratamento.

Entre as participantes, 6,8% (n=41) afirmaram estar em acompanhamento psiquiátrico. A maior parte delas (48,6%) foi encaminhada ao psiquiatra pelo médico do ESF, enquanto 37,1% procuraram este especialista por demanda espontânea e 14,5% por conselho de amigos. Estes últimos dados podem indicar falhas ou descaso dos profissionais de saúde locais quanto ao diagnóstico ou percepção do quadro de sofrimento apresentado pelas mulheres. Os motivos relatados pelas participantes para a consulta com o médico psiquiatra foram, em sua maioria, devidos a sintomas relacionados à presença de TMC como sintomas depressivos, somáticos e ansiosos (69,4%) e o tratamento acontece em outras cidades (81,6%).

Já entre àquelas que afirmaram estar em acompanhamento psicológico (16,3%; n=98), metade afirmou que este se dava na própria cidade em que residiam. Explicações para este fato estão relacionadas, como já demonstrado, ao enquadramento da Psicologia enquanto profissão da saúde em geral, em especial após a portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 que instituiu os NASF, passando muitas equipes básicas de saúde a contar com a presença cada vez maior de psicólogos em seu quadro (Brasil, 2011). Como já retratado neste estudo, tal reconhecimento tem levado ao que autores como Macedo e Dimenstein (2011) vieram a chamar de fenômeno da interiorização da profissão, onde é possível perceber não só o aumento da presença destes profissionais nas pequenas cidades por meios da criação de serviços ligados ao campo do bem-estar social como também a abertura de cursos de graduação em Psicologia em diversas universidades pelo interior do país.

Como motivos alegados para o encaminhamento psicológico foram relatados sintomas de natureza psíquica, entre os quais os sintomas depressivos configurando-se como os mais frequentes (49,4%); problemas com os filhos (12,4%); auxílio ao luto pela morte de familiares (11,2%); auxílio para o enfrentamento de doenças (11,2%); problemas amorosos (4,5%) entre

outros. Percebe-se que muitos destes motivos trazem em si a problemática das questões sociais como causadoras de sofrimento, devendo, assim, os psicólogos levarem em considerações tais demandas em suas ações.

Reflexões e pesquisas sobre a formação em Psicologia têm sido feitas em todo o país, sinalizando para a necessidade de mudança de uma concepção clínica-individualizante para uma concepção mais integral, no sentido de responder as demandas advindas de espaços de atuação mais diversificados e centrados em uma atuação interdisciplinar como se preconiza a proposta da reforma psiquiátrica e os diversos cenários dos serviços de saúde (Freire, 2010; Macedo & Dimenstein, 2011).

Prevalência de TMC entre as mulheres participantes

Por ser o SRQ-20 um instrumento de rastreamento para sintomas relacionados à presença de TMC e tomando o ponto de corte de respostas afirmativas aos seus itens para valores maiores que 07 (Mary & Williams, 1985; Gonçalves, 2008), verificou-se entre as participantes uma prevalência de TMC de 31,6% (n=192), índice considerado preocupante se comparado as pesquisas anteriores realizadas no país (Anselmi et al., 2008; Araújo et al, 2005; Costa e Ludermir, 2005; Araújo et al, 2007;). No contexto rural do nordeste brasileiro, pesquisa realizada por Costa e Ludemir (2005) em uma comunidade da Zona da Mata de Pernambuco, por exemplo, já havia apontado índice de TMC de 36%, sendo este maior entre as mulheres (71%), o que mostra a necessidade de atenções e cuidados relacionados à saúde mental das populações femininas rurais. As médias totais de respostas afirmativas para o SRQ-20 total e por fatores segundo a presença ou não de TMC entre as mulheres participantes é apresentada na tabela a seguir.

Tabela 10

Média global e por fatores no SRQ-20 apresentadas pelas participantes (N=608)

Fatores	Sem TMC (n=416)		Com TMC (n=192)		t(gl)	Valor-p	IC de 95%
	M	DP	M	DP			
Queixas somáticas	0,19	0,18	0,57	0,22	21,297(312,05)	0,001	-0,42 - 0,35
Humor depressivo/ansioso	0,26	0,26	0,68	0,25	18,959(606)	0,001	-0,47 - 0,38
Perda da energia vital	0,16	0,18	0,56	0,23	21,168(290,025)	0,001	-0,43 - 0,36
Pensamentos depressivos	0,08	0,15	0,33	0,26	11,905(249,170)	0,001	-0,28 - 0,20
SRQ-20total	3,49	2,11	10,85	2,46	37,821(606)	0,001	-7,75 - 6,98

O número total de respostas afirmativas obtidas no SRQ-20 para o grupo das mulheres com sintomas relacionados ao TMC variou de 8 a 19 com média total de 10,85 (DP=2,46). O fator humor depressivo e ansioso foi o que apresentou maior diferença entre as médias dos grupos (M=0,68; DP=0,25). A tabela 09 a seguir traz a frequência de sintomas apresentados, segundo sua distribuição por fatores.

Tabela 11

Frequência das respostas afirmativas das mulheres com sintomas de TMC aos itens do SRQ-20 distribuídos de acordo com seus fatores (N=192)

Fatores	Itens	(f)	%
<i>Queixas somáticas</i>	<i>Sensações desagradáveis no estômago</i>	134	69,8
	<i>Dores de cabeça frequentes</i>	127	66,1
	<i>Dorme Mal</i>	119	62,0
	<i>Tremor nas mãos</i>	102	53,1
	<i>Má digestão</i>	93	48,4
	<i>Falta de apetite</i>	87	45,3
<i>Humor Depressivo/ansioso</i>	<i>Tensa/preocupada</i>	167	87,0
	<i>Tristeza</i>	134	69,8
	<i>Fica com medo com facilidade</i>	123	64,1
	<i>Choro frequente</i>	98	51,0
<i>Perda da Energia Vital</i>	<i>Dificuldade em tomar decisões</i>	127	66,1
	<i>Sensação de cansaço o tempo todo</i>	125	65,1
	<i>Cansa com facilidade</i>	114	59,4
	<i>Não consegue pensar com clareza</i>	112	58,3
	<i>Trabalho diário como sofrimento</i>	72	37,5
	<i>Insatisfação com a vida</i>	90	46,9
<i>Pensamentos depressivos</i>	<i>Perda do interesse pelas coisas</i>	99	51,6
	<i>Não se acha capaz de ter um papel útil na vida</i>	66	34,4
	<i>Sente-se inútil</i>	56	29,2
	<i>Ideação suicida</i>	39	20,3

A manifestação de queixas somáticas e humor depressivo e ansioso como um dos principais conjuntos de sintomas apresentados pelas mulheres com TMC vem corroborar observações anteriores sobre o fenômeno. Autoras como Silveira (2000) Medeiros (2003) e Traverso-Yépez e Medeiros (2004) já chamaram a atenção para o fato de ser comum as mulheres com esta enfermidade refletirem no corpo as dificuldades, as tensões e os conflitos vividos no dia a dia. Para estas autoras, tomando-se a concepção sobre saúde-doença que ainda persiste na nossa sociedade, é a vivência “real”, objetivada do sofrimento que dá sentido ao padecer de uma doença. Assim, tais autoras afirmam ser este grupo de sintomas uma das principais razões para as mulheres com TMC procurarem por atendimento médico. Agrega-se a isto a crença também dominante do poder biomédico para a cura dos sintomas/doença. Ao

expressarem seu sofrimento por meio de sintomas reais, as pessoas tendem a acreditar que o que sentem pode ser realmente tratado, curado (Dutra et al., 2006; Lefèvre, 1991). Entre os sintomas apresentados pelas participantes destacaram-se tensão/preocupação (87%), tristeza (69,8%), sensações desagradáveis no estômago (69,8%) e dores de cabeça frequentes (66,1%).

Além do mais, no contexto da saúde, a expressão dos papéis masculinos e femininos tradicionais traz imbuída a ideia de que “homem que é homem não adoece” e que a prática de prevenção e/ou promoção de saúde é “coisa de mulher”, nomeadamente quando se trata de questões psíquicas. Em estudo realizado por Oliveira e Roazzi (2007) em Recife/Pernambuco sobre as representações sociais que homens e mulheres da classe popular possuem acerca da “doença dos nervos”, os autores observaram que representações ligadas às queixas somáticas e psíquicas foram maiores entre as mulheres, atribuindo a si e ao corpo as mazelas pelo adoecimento. Já os homens fizeram maior referência às questões de ordem moral e externa para representar este mal-estar, como por exemplo, preocupações devido a situação financeira e uso excessivo do álcool. Com isto, os autores concluíram que os significados atribuídos por homens e mulheres a este adoecer estão relacionados às crenças relacionadas aos papéis de gênero. Ademais, o fato de ser socialmente aceito que as mulheres, e não os homens, expressem mais o que sentem, pode ajudar a mascarar a presença de sofrimento psíquico leve ou mesmos transtornos mais graves na população masculina.

É, então, por meio do sofrimento expresso no corpo que as mulheres, segundo Medeiros (2003), vêm incorporar as suas “*difíceis condições de existência*” (p.23). Para a autora, tais condições esgotam as mulheres e podem promover vivências sem perspectivas de melhoras. Deste modo, também merecem ser consideradas as sintomatologias apresentadas pelas mulheres ligadas aos aspectos da perda de energia e pensamentos depressivos como o cansaço fácil (65,1%), a perda do interesse pelas coisas (51,6%) e o sentimento de inutilidade (34,4%). De maneira geral, tais sintomas podem estar relacionados aos problemas sociais, econômicos,

familiares e relacionais que sustentam o adoecer e que muitas vezes não são percebidos pelos profissionais da saúde. Neste sentido, reforça-se a necessidade de práticas interdisciplinares e intersetoriais no cuidado das pessoas que padecem com TMC.

Prevalência de TMC e sua associação com os aspectos socioeconômicos, estilos de vida, vivência de violência doméstica e cuidados em saúde mental.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, maiores prevalências de sintomatologias ligadas ao transtorno investigado foram observadas entre as mulheres separadas/divorciadas (39%); trabalhadoras no comércio (34,3%); com baixa escolaridade (33,1%) e baixa renda (37,8%) e aposentadas (32;1%). Tais dados reforçam a influência que os fatores socioeconômicos e de precariedade de trabalho possuem na saúde mental das pessoas (Farias & Araújo, 2011; Carlotto et al., 2011; Ludermir, 2005; Marín-León et al., 2007; Patel & Kleinman, 2003; Patel et al., 2006). A tabela 12 a seguir traz estes dados detalhadamente.

Tabela 12

Prevalência do TMC entre as mulheres participantes e relações de independência e associação segundo variáveis sociodemográficas.

	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC	X ² (gl) ^b	Valor-p ^c	RP ^a	IC95% ^d
Estado Civil						
<i>Solteira</i>	28(31,8%)	60(68,2%)	1,265(3)	0,737	-	-
<i>Casada/Amasiada</i>	133(30,6%)	301(69,4%)				
<i>Separada/divorciada</i>	16(39%)	25(61%)				
<i>Viúva</i>	12(30%)	28(70%)				
Total	189(31,3%)	414(68,7%)				
Escolaridade						
<i>Ensino Fundamental</i>	118(33,1%)	239(66,9%)	1,262(1)	0,261	-	-
<i>Ensino Médio</i>	49(29,5%)	117(70,5%)				
<i>Ensino Superior</i>	22(27,5%)	58(72,5%)				
Total	189(31,3%)	414(68,7%)				
Renda						
<i>Até 01 salário mínimo</i>	70(37,8%)	115(62,2%)	3,951(1)	0,047	1,75	1,11 -2,39
<i>Entre 01 e 02 salários</i>	94(32,1%)	199(67,9%)			1,48	0,74 – 2,01
<i>Acima de 02 salários</i>	08(21,6%)	29(78,4%)			*	
Total	172(33,4%)	343(66,6%)				
Profissão/Atividade						
<i>Donas de casa</i>	38(30,4%)	87(69,6%)	0,526(4)	0,971	-	-
<i>Agricultoras</i>	52(29,7%)	123(70,3%)				
<i>Comerciantes/comerciárias</i>	24(34,3%)	46(65,7%)				
<i>Funcionárias. Públicas</i>	38(30,2%)	88(69,8%)				
<i>Outras</i>	11(30,6%)	25(69,4%)				
Total	163(30,6%)	369(69,4%)				
Situação laboral						
<i>Empregada</i>	66(29,3%)	159 (70,7%)	0,442(2)	0,802	-	-
<i>Desempregada</i>	51(28,5%)	128 (71,5%)				
<i>Aposentada</i>	35(32,1%)	74 (67,9%)				
Total	152(29,6%)	361 (70,4%)				

Nota: ^aRP= Razão de prevalência; ^{*}Grupo de referência; ^bTestes de independência do Qui-quadrado; ^cp<0,05; ^dIC = Intervalo de confiança

Nas pequenas cidades, a baixa escolaridade e renda aliadas a um mercado de trabalho reduzido e precário promove altos índices de desemprego e pobreza e tal situação pode ser fonte de adoecimento psíquico feminino nestas localidades. Todavia, em termos estatísticos, apenas a variável renda apresentou diferença significativa para a amostra de mulheres investigada ($\chi^2(\text{gl})=3,951(1)$; $p=0,047$), mostrando uma associação negativa, ou seja, quanto menor a renda, maior a prevalência de TMC entre essas mulheres. A razão de prevalência de

sintomatologias para o TMC entre as mulheres que afirmaram ganhar até um salário mínimo, por exemplo, foi 1,75 vezes maior (IC95%= 1,11 – 2,39) do que entre as mulheres que afirmaram ganhar acima de dois salários mínimos. A falta de renda ou renda mínima associada ao TMC confirmam, assim, a importância que as condições de vida possuem para o bem-estar ou o adoecimento das pessoas, e reforça a afirmativa de autores como Patel e Kleinman (2003) de que o sofrimento pelo TMC pode ser considerado uma doença da pobreza.

Em relação as variáveis de estilo de vida, como ingestão ou não de álcool, ser ou não fumante, praticar ou não atividade física e tipo de atividade realizada para lazer/diversão não apresentaram associações significativas com maiores prevalências de TMC ($p > 0,05$) entre as mulheres investigadas. Já análises sobre a violência doméstica mostraram que entre as participantes vítimas dessa violência 60,4% (n=29) apresentaram TMC, sendo essa associação estatisticamente significativa para um nível de significância de 0,001. A tabela 13 traz estes resultados, mostrando que houve uma proporção duas vezes maior (RP=2,12; IC95%=1,62 – 2,75) de sintomatologias do TMC entre as mulheres que afirmaram ser vítima deste tipo de violência do que àquelas que afirmaram não sofrer deste mal.

Tabela 13

Prevalência de TMC entre as mulheres participantes e sua relação com a variável vítima de violência doméstica (N=602)

Vítima de violência doméstica	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC	X²(gl)^b	Valor-p^c	RP^a	IC95%^d
Sim	29(60,4%)	19(39,6%)	20,987	0,001	2,12 *	1,62-2,75
Não	158(28,5%)	396(71,5%)				
Total	187(31,1%)	415(68,9%)				

Nota: ^aRP= Razão de prevalência; ^{*}Grupo de referência; ^bTestes de independência do Qui-quadrado; ^cp<0,05; ^dIC = Intervalo de confiança

A expressão de sintomatologias ligadas ao TMC em mulheres paraibanas vítimas de violência doméstica já tinha sido verificada nas pesquisas realizadas por Guedes, Silva e

Fonseca (2009) e Silva et al. (2015) na capital João Pessoa. Segundo estes autores, como consequências deste sofrimento observou-se nestas mulheres a redução da qualidade de vida, comprometimento do sentimento de satisfação com a vida, o corpo, a vida sexual e os relacionamentos interpessoais, o que mostra que a vivência de violência doméstica afeta vários aspectos da vida das mulheres.

Entre as participantes deste estudo também foram verificadas maiores sintomatologias relacionadas à presença de TMC entre as mulheres que afirmaram passar ou ter passado nos últimos meses por situação estressora (43,4%); que faziam uso de medicação psicotrópica (65,3%); que estavam em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (43,9% e 58,5%, respectivamente) e que relataram familiares com a manifestação dos mesmos sintomas (41,4%). Todas estas variáveis apresentaram relação estatisticamente significativa para com a presença de TMC ($p < 0,05$). Esses dados podem ser conferidos na tabela 14 a seguir.

Tabela 14

Prevalência de TMC entre as mulheres participantes e sua relação com variáveis de cuidados em saúde mental.

	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC	X ² (gl) ^b	Valor-p ^c	RP ^a	IC95% ^d
Vivência de situação estressora						
Sim	131(43.4%)	171(56.6%)	38.913	0.001	2.19 *	1.60 – 2.84
Não	60(19.8%)	243(80.2%)				
Total	191(31.6%)	414(68.4%)				
Atendimento psicológico						
Sim	43(43.9%)	55(56.1%)	7.594	0.006	1.48 *	1.14 – 1.92
Não	149(29.7%)	353(70.3%)				
Total	192(32%)	408(68%)				
Atendimento Psiquiátrico						
Sim	24(58.5%)	17(45.5%)	15.066	0.001	1.99 *	1.49 – 2.65
Não	164(29.4%)	394(70.6%)				
Total	188(30.9%)	411(68.6%)				
Uso de medicamento psicotrópico						
Sim	47(65,3%)	25(34,7%)	42,174	0,001	2,39 *	1,92 – 2,97
Não	144(27,3%)	384(72,7%)				
Total	191(31,4%)	409 (68,2%)				
Antecedentes familiares para TMC						
Sim	79(41,4%)	112 (58,6%)	12,304	0,001	1,53 *	1,21 – 1,92
Não	111(27,1%)	299 (72,9%)				
Total	190(31,2%)	411 (68,4%)				

Nota: ^aRP= Razão de prevalência; ^{*}Grupo de referência; ^bTestes de independência do Qui-quadrado; ^cp<0,05; ^dIC = Intervalo de confiança

Como visto, eventos comuns da vida podem assumir características negativas para as pessoas, sendo fator de estresse e adoecimento (Margis et al., 2003; Fortes-Burgos et al., 2008). Assim, foi verificado que as mulheres que afirmaram estar ou ter passado por tais eventos recentemente apresentaram duas vezes mais sintomatologias que àquelas que responderam negativamente para esta variável (RP=2,19; IC95%=1,60 – 2,84). Os principais eventos estressores relatados pelas mulheres com TMC envolveram problemas de natureza familiar (38%) e problemas de saúde (19%).

Com exceção da variável antecedente familiar, mais do que apontar uma possível relação de risco, as demais variáveis despontam como consequência da expressão do TMC,

acenando para a necessidade de atendimento especializado em saúde mental, mesmo sendo a assistência medicamentosa uma das principais vias desse cuidado. Como já discutido, o aumento recente no número de psicólogos nos serviços de atenção primária no interior do país, lança luz sobre a possibilidade de acesso e cuidado com o sofrimento psíquico das populações rurais (Macedo & Dimenstein, 2011). Já o uso de medicamento, apesar de a estratégia mais fácil e mais comum empregada pelos médicos generalistas/psiquiatras, é considerado, para autoras como Medeiros (2003), se não for feito com parcimônia, apenas como uma forma encontrada pelos médicos generalistas para se livrar do paciente queixoso. O uso destes medicamentos por 34,7% das mulheres que não apresentaram sintomatologias ligadas ao TMC pode apontar para tais indícios.

Em termos de faixa etária, sabendo que algumas pesquisas associam maior presença de sintomatologias ligadas ao TMC à maior idade e velhice (Gianinni et al, 2008; Maragno et al, 2009; Costa e Ludermir, 2005) procurou-se também comparar a prevalência de TMC entre o grupo de mulheres com idade maior ou igual a 50 anos com o grupo de mulheres com idade menor que 50 anos. A tabela 15 a seguir mostra que apesar das mulheres do primeiro grupo terem apresentado maior porcentagem de sintomatologias para o TMC (34,5%) do que as do segundo (30,2%), a diferença entre as frequências apresentadas pelos grupos não foi estatisticamente significativa ($p=0,281$). Assim, a variável maior idade e/ou velhice não se apresentou como fator de risco para o TMC nesta amostra de mulheres.

Tabela 15

Prevalência de TMC entre as mulheres participantes segundo faixa etária.

	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC	X ² (gl) ^b	Valor-p ^c	RP ^a	IC95% ^d
Faixa etária						
> 50 anos	68(34,5%)	129(65,5%)	1,163(1)	0,281	-	-
< 50 anos	124 (30.2%)	287(69,8%)	*			
Total	192 (31,6%)	416 (66,8%)				

Nota: ^aRP= Razão de prevalência; ^{*}Grupo de referência; ^bTestes de independência do Qui-quadrado; ^cp<0,05; ^dIC = Intervalo de confiança

Para as mulheres investigadas, determinadas características/vivências predisponentes para o TMC estão presentes nos diferentes grupos etários, tornando estas mulheres, de maneira geral, vulneráveis ao desenvolvimento destas sintomatologias independentemente da idade. Aspectos relacionados à baixa escolaridade e renda e a vivência de violência doméstica são alguns destes exemplos. Todavia, foi verificada diferença significativa para o uso de medicamentos psicotrópicos entre as mulheres com TMC, com as mais velhas fazendo maior uso (χ^2 (gl)=3,832(1); p=0,05). A razão de prevalência no uso de medicamento psicotrópico foi 1,7 maior entre as mulheres mais velhas com TMC do que entre as mais novas com os mesmos sintomas (IC95%=1,1 – 2,8).

Tabela 16

Uso de medicamento psicotrópico entre as mulheres participantes com TMC segundo faixa etária

	Uso de medicamento	Não uso de medicamento	X ² (gl) ^b	Valor-p ^c	RP ^a	IC95% ^d
> 50 anos	20(30.8%)	45(69.2%)	3.832(1)	0.05	1.7	1.1– 2.8
< 50 anos	22(18.2%)	99(81.8%)			*	
Total	42 (48.6%)	144(77.4%)				

Nota: RP = razão de prevalência; ^{*}Grupo de referência; ^{**} Testes de independência do Qui-quadrado; ^{***} p<0,05; IC=intervalo de confiança

O maior uso de medicamentos psicotrópicos observado no grupo das mulheres acima de 50 anos confirma dados de outras pesquisas que apontam o uso indiscriminado destes medicamentos pela população idosa (Netto et al, 2013; Souza, Opaleye e Noto, 2013). Pesquisa feita por Souza, Opaleye e Noto (2013) com mulheres que faziam uso prolongado destes medicamentos mostrou que os principais motivos relatados para seu uso se relacionaram à diminuição da ansiedade – ocasionada, principalmente, por situações estressantes, como brigas familiares, problemas relacionados ao trabalho; problemas de insônia e a chamada “fuga dos problemas”, motivos semelhantes aos observados também nesta pesquisa. É importante frisar, contudo, que o uso indiscriminado destes medicamentos e a importância dada a estes como a principal forma de cuidado tende a reforçar na população a crença na cronicidade dos sintomas, e que estes quando materializados enquanto doença geram uma dependência tanto física quanto psicológica da medicação (Lefèvre, 1991). Ademais, na população idosa, o uso indiscriminado de medicamentos pode encobrir outras comorbidades ou mesmo tratar determinados sintomas como próprios da velhice, não recebendo as devidas atenções dos profissionais da saúde (Silva, 2012).

Variáveis preditoras para o TMC entre as mulheres investigadas

Por fim, para verificar quais variáveis seriam preditoras à presença de sintomatologias do TMC nas mulheres investigadas, foi realizada uma regressão logística com as variáveis que mostraram dependência para com o TMC por meio dos testes do qui-quadrado, a saber: renda; vítima de violência doméstica, vivência de situação estressora e antecedente familiar para sofrimento psíquico. Exceção para as variáveis relacionadas ao atendimento psicológico e psiquiátrico e uso de medicamento psicotrópico por entender que estas se configuram como consequências e não como variáveis antecessoras ao adoecimento mental.

Para identificar possível interação entre as variáveis, também foram incluídas variáveis relevantes para a presença de TMC segundo a literatura investigada (Anselmi et al, 2008; Farias & Araújo, 2010; Fortes et al., 2011; Carlotto et al, 2011; Patel & Kleinmann, 2006) independentemente dos valores obtidos nos testes de independência. As variáveis incluídas foram: escolaridade e faixa etária. Análises iniciais do modelo de regressão mostrou que a introdução das variáveis de interesse permitiu uma melhora significativa na predição da probabilidade de ocorrência de TMC na amostra investigada ($\chi^2=71,107$ gl=12; $p<0,001$) indicando a existência de variáveis relevantes para esta explicação. A probabilidade de acerto para o transtorno investigado aumentou de 68,4% para 72,3% com a introdução destas variáveis, explicando 21% da variância ($R^2=0,209$). Permaneceram no modelo final proposto da regressão as variáveis: vítima de violência doméstica, vivência de situação estressora, bem como a interação das variáveis a) faixa etária e antecedentes familiares e b) renda média e escolaridade média. A tabela a seguir traz esses dados detalhados.

Tabela 17

Variáveis predictoras para maiores prevalências de TMC na amostra estudada (Regressão logística)

Variáveis	B	Valor-p^c	OR^b	IC(95%)
Vítima de violência doméstica	0,950	0,013	2,58	1,23 – 5,45
Situação estressora	1,076	0,001	2,93	1,85 – 4,65
Faixa etária acima dos 50 anos e ter antecedente familiar com sofrimento psíquico	1,379	0,007	3,96	1,45 – 10,86
Ensino médio com renda entre um e dois salários mínimos	1,410	0,008	4,09	1,44 – 11,66

^a $R^2= 0.209$

Nota: R^2 de Nagelkerke^a; OR= Odds Ratio^b; IC(Intervalo de Confiança)^c; valor- $p<0,05$.

Ser vítima de violência doméstica e vivenciar ou ter vivenciado recentemente situação estressora aumentou em quase três vezes as chances das mulheres participantes apresentarem sintomas de TMC, mantendo-se todas as demais variáveis constantes (OR=2,58; IC95%=1,23-

5,45 e $OR=2,93$; $IC95\%=1,85-4,65$, respectivamente). Todavia, foram as interações entre as variáveis faixa etária e antecedente familiar e renda e escolaridade que apresentaram maior efeito preditivo. A interação entre ter mais de 50 anos e ter antecedentes familiares com sintomas de TMC, por exemplo, aumentou em 3,96 as chances das mulheres investigadas apresentarem TMC ($OR=3,96$; $IC95\%=1,45-10,86$). O efeito parcial da idade sobre a presença de TMC foi de 3,08. Assim, comparando-se as diferenças de idade entre as mulheres com antecedentes familiares para o TMC, ter idade igual ou superior a 50 anos aumentou em pouco mais de três vezes a chance destas mulheres possuírem TMC que as mulheres com menos de 50 anos, mantendo-se constantes todas as demais variáveis. Já o efeito parcial da variável ter antecedente familiar com sintomas de TMC foi de 4,99. Neste sentido, entre as mulheres com mais de 50 anos, ter antecedentes familiares com TMC aumentou em quase cinco vezes as chances destas virem a apresentar também TMC do que se não tivessem antecedentes familiares com os mesmo sintomas, mantendo-se o resto constante.

Já com relação a renda e escolaridade, ter cursado o Ensino Médio e ter rendimentos entre um e dois salários mínimos, interação de variáveis com maior predição, aumentou em mais de quatro vezes ($OR=4,09$; $IC95\%=1,44-11,66$) as chances das mulheres apresentarem sintomatologias ligadas aos transtorno investigado, mantendo-se constante as demais variáveis explicativas. O efeito parcial da escolaridade sobre a presença de TMC foi de 1,57 mantendo-se todas as variáveis constantes. Assim, comparando-se a diferença de escolaridade no grupo de mulheres com rendimento entre um e dois salários mínimos, as mulheres com Ensino Médio tiveram 57% de chances de ter TMC que as demais, mantendo-se constante as demais variáveis. No que toca ao rendimento, seu efeito parcial foi de 1,51 sobre a presença de TMC. Ao se comparar a diferença de rendimento entre as mulheres com ensino médio, as que disseram possui rendimento entre um e dois salários mínimos tiveram 51% de chances de apresentar TMC que as demais, mantendo-se o resto constante.

Explicações sobre a relação entre TMC e violência doméstica e TMC e eventos estressores já foram feitas neste estudo, mostrando como estas vivências são fontes potenciais de adoecimento mental feminino. Entretanto, a influência destes eventos vai depender não só dos efeitos que estes provocam na vida das mulheres, mas também da existência de estratégias de enfrentamento e redes de suporte social. Já para a interação entre ter mais de 50 anos e ter antecedente familiar para sintomatologias psíquicas como preditora do TMC nesta amostra de mulheres, é possível tecer algumas considerações.

Em termos de análises de gênero, é sabido da importância do papel das mulheres como as principais representantes do cuidado dentro da esfera familiar, em especial, do cuidado em saúde mental. Tal fato fundamenta-se em características atribuídas ao cuidado como gentileza, sensibilidade, paciência, amor e devoção tidas como inerentes à natureza feminina. É comum, por exemplo, a observação de mães que cuidam de filhas, irmãos, maridos ou de filhas que cuidam dos pais, avós, irmãos entre outros. Sabe-se também o quão é desgastante esta função, especialmente, se somada à sobrecarga advinda das demais funções domésticas e quando não se encontra uma rede de apoio social que possibilite um melhor cuidado do outro e de si. Prejuízos com o autocuidado e no convívio social, bem como o uso exagerado de medicamentos ansiolíticos já foram observados em pesquisas anteriores com mulheres cuidadoras (Pegoraro & Caldana, 2008; Sena et al., 2006). Assim, na velhice, o cuidar do outro pode ser fonte de sobrecarga para muitas mulheres e ser uma das razões para a expressão de sintomatologias ligadas ao TMC entre as mulheres com mais de 50 aqui investigadas.

Já no tocante a interação entre ter o ensino médio e rendimento entre um e dois salários mínimos, é possível que, para estas mulheres, ter mais anos de estudo quando associado à baixa remuneração seja fator desencadeante para maior sofrimento mental. É sabido que o nível educacional é um fator determinante para as desigualdades de renda observadas em uma população. Este, além de proporcionar melhores oportunidades de trabalho e,

consequentemente, melhores condições de empregabilidade e renda, também pode ser determinante de cidadania, haja vista que pessoas com maior grau de escolaridade tendem a buscar de maneira mais efetiva seus direitos (Souza, Ney, Souza, Ney, 2015)

No mundo rural, onde o acesso à educação tende a ser mais difícil que nos grandes centros urbanos (especialmente, com relação ao ensino superior), o ensino médio pode ser considerado, por muitas pessoas que ali residem, como um alto nível de escolaridade se comparado, por exemplo, à grande parte da população rural que ainda apresenta níveis significativos de analfabetismo ou possui apenas os primeiros anos de escolaridade (IBGE, 2011). Neste sentido, os maiores anos de estudo apresentados pelas mulheres com ensino médio, pode levá-las a questionar as situações em que se encontram e a perceber melhor as dificuldades que enfrentam, seja na obtenção de espaços de trabalho ou de rendimentos dignos que possam melhorar suas condições de vida. A clareza desta ideia diante o sentimento de impotência para mudar suas vidas pode ser então uma das fontes de seu adoecimento psíquico.

Assim, se por um lado, defende-se que maior escolaridade é fator de proteção ao sofrimento psíquico (Anselmi et al, 2008; Ludermi, 2002; Ludermir e Melo Filho, 2005; Marin-Léon et al., 2007; Patel & Kleinman, 2003) por outro deve-se entender que esta deve ser sempre acompanhada de melhores oportunidades de emprego e renda, de forma que estas possam, efetivamente, trazer melhorias na qualidade de vida das pessoas, fatores que nas pequenas cidades são mais difíceis de se conquistar. Para tanto, é necessário que tais variáveis, mais do que variáveis independentes, sejam sempre analisadas em seu conjunto, pois é por meio desta interação que se pode perceber a dimensão dos efeitos que estas possuem para o bem-estar das pessoas. Paralelo a estas, variáveis outras também podem mediar essa interação e contribuir também para o sofrimento psíquico entre as populações rurais e pobres como, por exemplo, a situação econômica familiar, motivos para o abandono/evasão escolar; acesso às políticas de educação, assistência e trabalho, o setor de atividades em que a pessoa está inserida,

discriminação de gênero, cor/raça entre outras, as quais devem ser consideradas sempre que possível.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

No campo da saúde mental, dentre os vários transtornos causadores de sofrimento feminino, o TMC se coloca enquanto uma preocupação de saúde pública, principalmente, em contextos socioeconômicos precários. No mundo rural, por exemplo, a baixa escolaridade, a falta de renda ou renda mínima de sua população (muitas delas advindas apenas dos programas de transferência de renda do governo) quando somadas a outros fatores como mercado de trabalho precário e carências na oferta e uso dos serviços de saúde colocam as pessoas que ali residem em situações de vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomatologias psíquicas.

O presente estudo teve por objetivo geral identificar a prevalência de TMC. Em resposta a este objetivo e a hipótese inicial foi verificado que a prevalência de 31,6% encontrada entre as mulheres investigadas é considerada alta ao ter por comparação outros estudos já realizados sobre este fenômeno no país, cujos índices variaram de 20,5% a 37,8% na população geral e com maior expressão entre a população feminina. Isto faz deste sofrimento uma importante questão de saúde mental a ser considerada pelos profissionais da saúde no contexto rural. Em relação aos objetivos específicos propostos, ou seja, 1) verificar a associação do TMC com variáveis socioeconômicas, de estilo de vida e cuidados em saúde e 2) verificar quais variáveis se mostraram predisponentes para o aparecimento deste transtorno na amostra investigada, foi observado que:

- a) Apesar de grande parte das pesquisadas aqui referenciadas apontarem a velhice como um fator de risco para o TMC, não foi observada diferença significativa para a prevalência deste transtorno entre as participantes segundo suas faixas etárias (refutação da hipótese 02). Esse dado leva a afirmativa de que, neste contexto

específico, determinadas características/vivências são semelhantes entre as mulheres nos diferentes grupos etários, o que pode tornar as mulheres rurais, de maneira geral, vulneráveis ao desenvolvimento destas sintomatologias independentemente da idade;

- b) Dentre as variáveis socioeconômicas investigadas, apesar dos estudos também apontarem a variável escolaridade como um fator de risco, apenas a variável renda apresentou associação negativa significativa com maiores prevalências de TMC na amostra investigada (refutação da hipótese 03). Todavia, foi a interação entre estas duas variáveis que mostrou maior efeito de predição para o desenvolvimento deste transtorno entre as mulheres participantes o que reforça a importância desta variável enquanto possível determinante de sofrimento e leva a afirmação de que os efeitos destas variáveis devem ser analisados sempre em conjunto;
- c) Em termos de ocupação, apesar das mulheres trabalhadoras no comércio apresentarem maiores prevalências de TMC, não houve diferença estatística significativa entre as profissões/atividades relatadas pelas participantes, refutando-se a hipótese de que seriam as donas de casa e agricultoras que apresentariam os maiores índices (refutação da hipótese 04). Entretanto, os índices apresentados pelas mulheres comerciantes/comerciárias podem indicar a influência dos aspectos informais e precários relacionados ao trabalho para o adoecimento mental destas mulheres, visto ser esta forma de empregabilidade muito comum neste setor no contexto rural;
- d) Ser vítima de violência doméstica não só apresentou associação positiva significativa com maiores prevalências de TMC (confirmação da hipótese 05) como se mostrou um fator predisponente para o desenvolvimento deste transtorno entre as mulheres investigadas. A banalização desta violência e a invisibilidade dos casos nos serviços de saúde, de maneira geral, devem ser consideradas na tentativa não só de se construir políticas e ações verdadeiramente integrais à população feminina, mas também de fazer

valer a legislação vigente no país como forma de garantir e proteger os direitos femininos;

- e) O uso de medicamentos psicotrópicos entre as mulheres com TMC apresentou associação positiva significativa com a maior idade, mostrando que na amostra de mulheres investigadas, as mulheres acima de 50 anos faziam maior uso destes medicamentos (confirmação da hipótese 06). A relação entre o uso de medicamentos psicotrópicos e velhice vem sendo confirmada por vários estudos e pode indicar certo descaso com o sofrimento mental apresentados entre as mulheres idosas, cujas queixas podem ser relacionadas ao processo de envelhecimento. Todavia, o consumo significativo destes medicamentos entre as mulheres sem sintomatologias para o TMC indica o abuso no uso destes medicamentos, em geral, enquanto estratégia recorrente para lidar com os problemas e sofrimentos do cotidiano.

Em suma, o índice de TMC encontrado entre as mulheres residentes em cidades rurais paraibanas é preocupante e acena para a presença de elementos nestes espaços que contribuem para que estas mulheres venham a padecer com este transtorno. O fato de variáveis como violência doméstica, eventos estressores, escolaridade e rendimentos médios apresentarem-se como fatores preditores para o TMC evidencia a necessidade de promoção de políticas públicas sociais nestes locais de forma a garantir melhorias não só nos cuidados à saúde mental, mas também nas condições de vida desta população específica. Ademais, revela que, para além de questões socioeconômicas, elementos ligados às relações sociais de gênero são fatores que devem ser investigados e considerados nos serviços e práticas profissionais pois se constituem em elementos que contribuem para o aparecimento deste transtorno nesta população.

**ESTUDO II: VULNERABILIDADES AO TRANSTORNO MENTAL COMUM EM
MULHERES RESIDENTES EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS**

*“O que é um sintoma, sem contexto, sem pano de fundo?
O que é uma complicação, separada daquilo que a
complica?” (Canguilhem, 1990)*

Identificar a presença de TMC entre as mulheres residentes em cidades rurais foi o primeiro passo dado no reconhecimento deste sofrimento enquanto questão de saúde pública nestas localidades. Todavia, apesar dos achados trazidos pelo estudo anterior, compreende-se que tais dados, *per se*, não revelam a complexidade que o fenômeno do sofrimento psíquico feminino apresenta em contextos socioeconômicos e estruturais de saúde precários como o das cidades rurais paraibanas, nem muito menos permitem maiores especulações acerca de que maneira os fatores de risco encontrados - associados às questões socioeconômicas e de gênero, por exemplo - contribuem para o adoecimento mental feminino no cenário rural. Ademais, os dados quantitativos expressos no estudo I também não conseguem desvelar quais elementos de ordem “intersubjetiva” - subjacentes aos números apresentados - contribuem para que as mulheres investigadas estejam vulneráveis à presença destas sintomatologias.

Assim, corroborando com a perspectiva de Morin (1996) de que a complexidade que envolve os processos humanos - como o processo saúde-doença - é de natureza heterogênea e multidimensional e ao ter como fundamento o conceito de vulnerabilidade em saúde como resultante de uma relação entre elementos de natureza concreta e intersubjetiva (Ayres, França Jr, Calazans & Saletti Filho, 2003), a presente tese veio considerar que é por meio da expressão das vivências do adoecimento entrelaçada às relações sociais e aos sentidos atribuídos a este adoecer (Mori & Rey, 2012) que permitem identificar quais elementos (individuais, sociais e programáticos) contribuem para que as mulheres residentes em cidades rurais se encontrem vulneráveis ao TMC. Conhecer e analisar, pois - para além da expressão de sintomas e fatores de risco - os modos como estas mulheres vivenciam este sofrimento, a forma como estabelecem suas relações com os outros e com o mundo a sua volta e quais os recursos que elas dispõem para lidar com esta situação revelou-se o ponto nevrálgico desta tese. Ao propor a afirmativa

de que as condições de vida atreladas às questões culturais, de gênero e as deficiências nos serviços de saúde nas cidades rurais contribuem para o adoecimento psíquico feminino, o presente estudo pretendeu compreender melhor como se estruturam e se organizam (concreta e intersubjetivamente) as condições de vulnerabilidade para este fenômeno. Neste sentido, o presente estudo teve por objetivos:

OBJETIVO GERAL:

Analisar quais elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade estão presentes nas vivências das mulheres residentes em cidades rurais que contribuem para que estas apresentem TMC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Verificar como o sofrimento psíquico feminino em cidades rurais está relacionado às questões de gênero e condições de vida;
2. Verificar como este sofrimento afeta a relação que as mulheres rurais estabelecem consigo e com os outros;
3. Identificar quais as necessidades e cuidados de saúde demandados por esta população específica;
4. Verificar como ocorre o atendimento nos serviços de saúde aos sintomas apresentados pelas mulheres;
5. Verificar quais recursos de enfrentamento as mulheres de cidades rurais possuem para lidar com seu sofrimento.

Pretendeu-se, a partir dos dados recolhidos, tecer possíveis explicações para o adoecimento psíquico feminino no contexto rural.

MÉTODO

Característica do Estudo

Transversal, compreensivo-analítico de base qualitativa. Partiu do princípio de que para compreender o fenômeno do adoecimento em sua complexidade, faz-se *mister* não só investigar como ele ocorre e quais os fatores predisponentes, mas também entender seu significado enquanto processo intersubjetivo. Para autores como Turato (2005), no campo da Saúde Coletiva e das Ciências Humanas e Sociais, conhecer este significado se mostra fundamental, porque ele apresenta uma função estruturante, ou seja, é em torno dele que “*as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde*” (p. 509).

Participantes

Participaram 10 mulheres com idades entre 24 e 74 anos ($M= 51,7$; $DP=18,1$), escolhidas por conveniência, as quais foram selecionadas com base em sua participação no Estudo I obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Pontuação mínima obtida no SRQ-20, sendo escolhidas àquelas mulheres que responderam de forma afirmativa pelo menos oito itens sintomáticos (ponto de corte adotado como indicativo para a presença de TMC);
- b) Mulheres que não tinham diagnóstico formal de transtornos mentais mais graves como, por exemplo, depressão e ansiedade.

Instrumentos

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, cujas perguntas foram construídas, inicialmente, com base na técnica das cenas proposta por Paiva (2012). Esta técnica, de base construcionista, tem por objetivo trazer à tona - a partir da visualização de um determinado cenário ou do reviver um momento específico - elementos, contextos, personagens e sentidos que se mostram significativos para a condição de vulnerabilidade ao adoecer nas pessoas. Para Paiva e Zuchi (2012), ao se trabalhar mediante cenas cotidianas, considera-se a subjetividade das pessoas e seu contexto sociocultural. Assim, é possível, em sua análise, observar se há ou não, por exemplo, a violação e/ou a negligência de direitos que contribuem para que determinadas populações se encontrem em maior condição de vulnerabilidade. Também permite ao pesquisador, segundo os mesmos autores, apreender os sentidos que estão envolvidos no adoecimento e como as pessoas se relacionam nas diversas dimensões da sua vida.

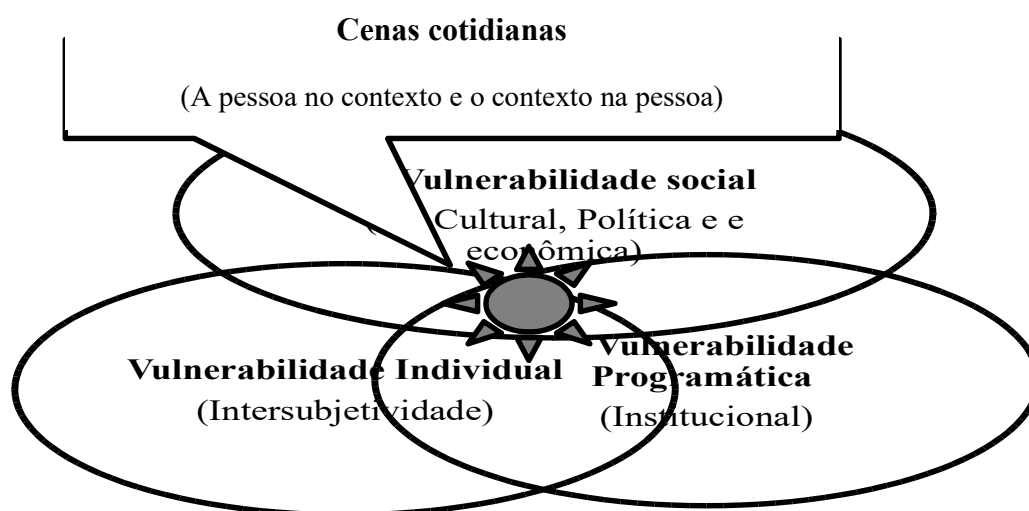


Figura 3: Dimensões da Vulnerabilidade e a intersubjetividade em cena. Adaptado de Paiva (2012)

Ao partir da seguinte evocação: *Conte-me sobre um dia que você adoeceu por causa destes sintomas*, foram feitas, posteriormente, perguntas como: O que sentiu neste dia? Onde você estava? O que estava fazendo? Quem te socorreu/ajudou? Procurou por algum serviço de saúde? Foi fácil chegar lá? Como foi o atendimento? entre outras. Tais questões serviram não só de guia para a condução da entrevista, mas para promover um momento de confiança e tranquilidade de forma que permitisse às participantes falar sobre seu adoecimento de forma clara e descritiva.

Contudo, ao longo das narrativas, outras questões foram sendo introduzidas de forma a explorar situações outras expressas pelas participantes que fugiam a cena descrita inicialmente, mas que expunham situações de vida que mantinham certa relação com o que estava sendo contado e com seu adoecimento. Deste modo, a condução das entrevistas se mostrou flexível com relação à direção que as falas das participantes foram tomando. Em alguns momentos, por exemplo, optou-se por ir além do que propunha a técnica das cenas, aprofundando determinados relatos como forma de captar sentidos e vivências outras sobre o fenômeno que pudessem passar despercebidos ou inexplorados pelas questões elaboradas anteriormente, mas que se faziam fundamentais para as participantes falar naquele momento.

Às vezes, é possível, segundo Boni e Quaresma (2005), que durante a entrevista, dada a confiança e a tranquilidade com que está sendo feita, que os entrevistados liberem *“pensamentos reprimidos que chegam ao entrevistador em tom de confiança”* (p. 73). Para estas autoras, tais relatos fornecem um material extremamente rico para análise, pois desvela aspectos da dimensão coletiva a partir da visão individual/subjetiva. Assim, mesmo tendo por foco cenas/momentos específicos do adoecimento, vivências, sentidos, passado e presente, conflitos, relações interpessoais entre outros aspectos foram emergindo e, apesar de não seguir uma ordem cronológica levaram, em alguns casos, os conteúdos da entrevista a ganhar contornos de narrativas de vida.

Procedimentos e aspectos éticos

O presente estudo foi submetido, junto ao primeiro, ao Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa (CEP - UNIPÊ), e como já informado, recebeu parecer favorável. Em virtude do número de municípios selecionados como campo amostral, levando-se em consideração a questão do tempo e recursos destinados à pesquisa, no mesmo dia em que foi aplicado o instrumento do Estudo I, foram realizadas as entrevistas deste Estudo II.

Após a aplicação do instrumento do Estudo I e constatando-se a viabilidade dos critérios exigidos, perguntou-se às mulheres participantes se elas gostariam de aprofundar o que tinha sido verificado no questionário, participando também de uma segunda etapa, onde seria conversado com maior profundidade sobre alguns sintomas por elas relatados no SRQ-20 e suas vivências a partir deste adoecimento. Em seguida, explicou-se que esse processo se daria por meio de uma entrevista, o que demandaria maior tempo para realização e que solicitava a permissão para gravação. Para àquelas que aceitaram participar, foi marcado outro horário, de acordo com suas disponibilidades. Todavia, algumas mulheres preferiram que a entrevista se realizasse imediatamente. Em termos éticos, foi informado que as entrevistas seriam para captar melhor as informações que já tinham sido coletadas anteriormente e dar a possibilidade à pesquisadora de conhecer melhor as vivências deste adoecimento. A assinatura de outro TCLE foi solicitada para garantir às participantes o anonimato e o sigilo das novas informações.

As entrevistas foram realizadas na residência das participantes, em horário conveniente para todas e gravadas em meio digital. Apesar deste procedimento, algumas interrupções não deixaram de ocorrer, mas nada que pudesse afetar ou prejudicar a coleta de dados. A duração média de cada entrevista se deu em torno de 40 minutos.

A coleta dos dados foi finalizada tendo em conta a técnica de saturação teórica. Esta, segundo autores como Fontanella, Ricas e Turato (2008), permite a suspensão do estudo, quando - pela avaliação do pesquisador - não há mais novos ou poucos dados são acrescentados

ao material já obtido. Todavia, é importante ressaltar a dificuldade encontrada pela pesquisadora em obter um número maior de participantes, uma vez que houve muita recusa por parte das mulheres para participar do estudo. Ora porque não tinham o tempo que as entrevistas demandavam, ora porque não queriam expor as suas vidas, especialmente, quando solicitado a permissão para a gravação. Entendeu-se tal recusa não só como forma de garantir a privacidade, mas também por certa desconfiança, uma vez que o único contato estabelecido entre essas mulheres e a pesquisadora se deu na hora da aplicação dos instrumentos de pesquisa. Nestes últimos casos, para não causar nenhum constrangimento, a pesquisadora perguntou se estas mulheres gostariam de conversar sobre suas vivências, mas sem utilizar o recurso da gravação. Destas conversas resultou muito aprendizado e demonstrou a sensibilidade da pesquisadora, enquanto psicóloga, para reconhecer quando o outro está necessitando falar e ser ouvido. Ressalta-se, contudo, que o conteúdo obtido deste momento não foi utilizado no estudo.

Análise dos Dados

Por entender que o processo saúde-doença assume diversas formas e significados para diferentes pessoas ao longo de suas vidas e que estas singularidades expressam não só fatores de ordem individual, mas também coletivos, após a transcrição na íntegra das entrevistas, a análise das falas das participantes foi realizada, primeiramente, com base em cada entrevista individual. A partir das narrativas expressas pelas entrevistadas, construiu-se uma síntese, em forma de narrativa, sobre os principais elementos observados nas cenas cotidianas retratadas e revividas durante o processo de entrevista. Tal síntese objetivou visualizar, ainda que de forma abreviada, como cada participante, de maneira singular, experiencia sua vida e o seu sofrimento. Apesar da síntese narrativa ter sido construída a partir de elementos julgados pela pesquisadora como centrais em cada cena, procurou-se construir esta síntese da forma mais fiel

possível ao que foi relatado pelas participantes, resguardando, contudo, o sigilo e o anonimato como propõem as questões éticas.

Em seguida, para verificar os elementos de vulnerabilidade ao TMC entre as participantes, as entrevistas foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo. O registro e o recorte das falas das participantes foram feitos com base em categorias temáticas (algumas preestabelecidas tendo por base os objetivos do estudo e outras criadas a partir das falas das participantes) processadas em uma série de etapas de acordo com a proposta de Figueiredo (1993). Tal proposta é explicitada na Tabela a seguir.

Tabela 18

Etapas dos procedimentos para a análise categorial temática

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	PROCEDIMENTO ADOTADO
PRIMEIRA FASE (SUJEITOS/SESSÕES)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. Primeira Junção* E. Notação F. Organização e primeira síntese
SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)	Segunda Junção** G. Leitura inicial H. Organização I. Notação J. Redação final.

Fonte: Saldanha (2003).

Análise categorial temática: primeira fase

Cada entrevista foi analisada individualmente, procurando serem destacados os aspectos relevantes em cada fala. A primeira junção, que ocorreu à posteriori, se concentrou nos conteúdos comuns dentro de cada fala. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, se referindo às questões particulares de cada indivíduo. Esta fase compreendeu então as seguintes fases:

A. **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura foram identificados alguns pontos preliminares ligados à situação da entrevista, como ambientação, dificuldades de interação entre entrevistada e pesquisadora, disponibilidade e estado afetivo da entrevistada.

B. **Marcação:** neste momento, foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às categorias preestabelecidas (elementos da vulnerabilidade individual, social e programática ao TMC), além de outros conteúdos também considerados importantes.

C. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto.

D. **Primeira Junção:** a partir desse momento, os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.

E. **Notação:** em seguida, foram feitas observações marginais sobre os trechos selecionados, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto social.

F. **Discussão:** realizada de maneira a procurar captar as especificidades de cada participante, a partir de suas vivências e condições de vida.

Análise categorial temática: segunda fase

Nesta etapa, as entrevistas também foram consideradas individualmente, mas a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas elas. Assim, diferente da etapa anterior, a segunda junção objetivou agrupar e estudar as entrevistas em função da equivalência dos conteúdos das falas obtidas, referindo-se, portanto, às questões comuns, dentro de cada categoria temática. Este segundo momento compreendeu as seguintes fases:

G. **Leitura Inicial:** onde foi realizada uma leitura para que se pudesse identificar os trechos cujos conteúdos eram comuns, dentro de cada categoria.

H. **Organização:** Etapa onde os trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base no protocolo de análise.

I. **Notação:** Etapa onde em alguns casos necessários foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.

J. **Discussão Final e Redação:** por fim, foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas e o que aponta a revisão da literatura entre outros estudos sobre a temática do TMC.

O processo de categorização temática das entrevistas foi feito com o auxílio do software MAXQDA versão 11, utilizado para análise de dados qualitativos. Apesar do uso de softwares estatísticos ser muito comum nos estudos quantitativos realizados pelo Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades em Saúde (NVPS) da qual faz parte a pesquisadora, o uso de programas de cunho qualitativo é ainda incipiente. A escolha pelo uso do MAXQDA deveu-se à experiência de doutorado sanduíche realizado pela pesquisadora no período de 2014-2015 no Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE em Lisboa/Portugal.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mulheres de cidades rurais paraibanas: Cenas da vida cotidiana

*“É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença
do que conhecer a doença que a pessoa tem”.*

(Hipócrates, 460 a.C.).

Falar de si, de suas vivências, de sua dor, não é uma tarefa fácil, especialmente, quando os recursos humanos e sociais aos quais se podem recorrer são precários ou mesmo estranhos ao dia a dia, como é o caso de uma pesquisa. Contudo, é algo que se mostra cada vez mais necessário, sobretudo, em contextos de sofrimento e adoecimento dada a importância que o falar assume para o bem-estar das pessoas. Assim, durante o processo de análise das entrevistas percebeu-se que o material apreendido por meio das falas das participantes mais do que fazer referência somente a sintomatologias e/ou vivências relacionadas ao sofrimento, trazia, em si, um cenário de história de vida. As cenas cotidianas resgatadas durante a análise das sínteses narrativas, de forma geral, permitiram perceber a natureza multifacetada das vivências destas mulheres rurais mostrando que não se pode compreender seus sintomas e/ou sofrimentos fora do seu contexto, do que foi/é vivido. Assim, optou-se por recorrer às sínteses narrativas como uma forma de apresentar as participantes.

Por partir do relato de experiências concretas de vida de cada entrevistada – todos eles perpassados por sentimentos e emoções -, resolveu-se dar “voz” a estas mulheres optando-se por reconstruir as sínteses dos recortes de suas falas a partir de sua narração em primeira pessoa. Uma forma encontrada pela pesquisadora de ressaltar a subjetividade de cada uma das participantes, reconhecendo-as enquanto “sujeitos ativos coconstrutores” (Ayres, et al., 2012) de suas próprias vidas. O uso da síntese narrativa neste momento não objetiva estabelecer e

discutir causas gerais para os aspectos de vulnerabilidade ao TMC no contexto rural, mas apenas apresentar uma visão acerca das vivências destas mulheres como um todo. Acredita-se que, por meio do conhecimento da história de cada mulher em particular, pode-se compreender como o sofrimento pelo TMC se desenvolve e ganha sentido na vida destas mulheres. As sínteses narrativas podem ser verificadas a seguir.

Participante 01

*“o povo novo de hoje num se importa com os pais mais não
(...) Por causa disso, me sinto muito triste, sozinha,
desprezada (...)”.*

Tenho 74 anos, sou analfabeta, viúva, aposentada, com renda familiar de dois salários mínimos que é da minha aposentadoria e pensão. Tenho cinco filhos crescidos e já casados. Eram três homens e duas mulheres, mas a minha menina mais velha já faleceu. Depois da morte dela, fiquei cuidando dos meus dois netos: um com 17 e outro com cinco anos. Minha outra filha mora num sítio aqui perto e o restante em João Pessoa.

O que eu mais sinto é uma falta de fôlego, um entalo, uma sensação que parece que vai matar a pessoa sem ar. Também sinto muito cansaço que me impede de fazer as coisas. Sofro com isso há muito tempo, mas tudo piorou com morte da minha menina há dois anos. Quando ela estava viva, eu num fazia nenhum serviço de casa, mas depois que ela faleceu, eu tive que tomar conta de tudo sozinha, porque não tem mais quem faça. Tem dia que eu não me “assento” nessa casa. Eu também sofro com pressão alta e tomo um remédio de noite porque não consigo dormir direito. Quando a agonia é fraca eu tomo um chá ou um lambedor que ou meu genro ou meus vizinhos fazem pra mim. Tem vezes que só tomo mesmo o comprimidinho da pressão que é três no correr do dia.

Quando estou doente vou no postinho de saúde que fica aqui atrás da minha casa. Às vezes, sou atendida logo, tanto pela enfermeira como pela médica, mas elas sempre dizem que é problema de pressão. Quando estou muito doente, eu não consigo fazer nada, num presto pra nada e não tem ninguém pra tomar conta de mim ou me ajudar. Se a coisa for muito grave vou para a cidade vizinha, porque aqui não tem médico à noite nem nos fins de semana. Quando não dá pra ir na ambulância da prefeitura, tenho que ir em carros alugados ou emprestados. Conto com a ajuda dos meus vizinhos para irem comigo, porque meu neto mais velho não me ajuda com nada. Ele vive no meio do mundo e em casa é metido a brabo. Às vezes, minha filha que mora no sítio, aparece e meu genro também. Eles que me ajudam de vez em quando. Eu nunca me consultei com um psicólogo ou psiquiatra pra falar sobre o que eu sinto.

Meus filhos conhecem minha situação, mas não se importam. Minha filha que mora no sítio não me visita muito porque tem um bando de menino pra cuidar e meus outros filhos passam anos sem dar notícias. Por causa disso, me sinto muito triste, sozinha, desprezada. Num tempo desses que me deu um negócio aqui, eu só imaginei amanhecer morta e o que ia ser do meu neto aqui. Minha vida só é essa mais ele. Ele é minha companhia, primeiramente Deus, mas depois é ele. Depois que minha filha foi embora, acabou-se.

Eu tenho é vontade de ir embora daqui. Eu tenho porque eu vivo aqui sozinha, desprezada. Tem dia que me dá um desgosto tão grande, tem dia aqui que só faltava eu endoidecer. Eu num tenho ninguém que se importe comigo não, não tenho filha, não tenho filho, vivo aqui assim, por isso tenho vontade de vender essa casa pra ir embora pra outro canto.

Meus dias são a mesma coisa, todo dia. Levanto cedinho, arrumo a casa, faço o comer e cuido do meu netinho. Minha diversão é apenas a televisão, pois desde que minha filha morreu que eu não saio mais de casa, nem a missa vou mais.

Participante 02

“(...) eu tava com uma dor, mas era uma dor diferente, era uma dor que não dava pra explicar (...)”

Tenho 54 anos, sou casada, dona de casa, cursei apenas os primeiros anos do ensino fundamental. Moro com meu marido, com minha filha de 23 anos - que se separou recentemente do marido - e minha netinha de 01 ano. A renda da família é em torno de 02 salários mínimos que é dos bicos e do roçado que meu marido faz e do Bolsa Família que minha filha recebe.

O que eu sinto é uma angústia, uma tristeza que me faz chorar por tudo. Isso porque eu sempre tive muita perturbação na cabeça. Tudo começou há 10 anos quando tive um AVC no rosto e fiquei muito nervosa, como o médico que me tratou não me dizia nada, pensava que era um câncer. Fiquei com muito medo porque muita gente da minha família morreu disso. De lá pra cá venho tomando remédio controlado. Também sofro com gastrite, que já virou uma úlcera. Mas tudo o que sinto piorou por causa do meu filho que mora no Rio de Janeiro. Já fazia quinze anos que eu não o via, aí ele veio passar um mês aqui em casa. Só que ele chegou muito transformado e se envolveu com quem não devia. Com a chegada dele, minha vida virou de cabeça pra baixo. Tudo isso foi meio que desparafusando minha cabeça.

O que me acalma é o cigarro. Eu até quero parar, mas não consigo. Chego a fumar dois maços por dia. Queria muito me livrar desse vício, já que para as outras coisas tem a medicação pra ajudar a controlar. Meu desejo é achar um lugar pra me internar, me tratar. Eu já me consultei com uma psicóloga que trabalha aqui na cidade pelo PETI, mas tive que interromper porque ela é muito ocupada e não podia passar os remédios que eu precisava. Recentemente eu piorei, eu estava com uma dor, mas era uma dor diferente, era uma dor que não dava pra explicar. Aí fui para um psiquiatra pela primeira vez. Faço tratamento com ele lá em João Pessoa. Tenho consulta de três em três meses.

Pra ir na última consulta eu fui com um vereador daqui, porque o carro da prefeitura tinha ido pra Recife com outra pessoa. Foi difícil conseguir a consulta porque demora muito pra marcar pelo SUS. Às vezes a pessoa não encontra vaga pra aquele mês e aí pode passar até dois, três meses pra conseguir. Tem algumas espécies de doença que demora e se a pessoa tiver que morrer, morre. Geralmente é minha irmã que vai comigo, só que nem sempre tem lugar no carro para o acompanhante. Quando isso acontece é o vereador que acompanha a gente. Ele é muito atencioso, uma benção de Deus nas nossas vidas.

As receitas eu renovo no postinho daqui. Como não tem o remédio lá, quando não posso pagar, peço ajuda ao vereador. Com os remédios eu acho que estou melhorzinha, porque também meu marido me ajuda muito, ele e minha filha. Eles fazem de tudo pra não esquentar minha cabeça.

As atividades de casa é o que me distrai, pareço um furacão dentro de casa. Se eu não tiver, eu procuro o que fazer, porque se eu ficar parada parece que meu coração vai explodir. O meu dia a dia é cuidar da casa e ajudar a minha filha a cuidar da minha netinha. Meu divertimento é assistir as novelas. A cidade não oferece muita coisa. Tem gente que nos fins de semana vai para a lanchonete, pizzeria, mas nós não vamos porque não temos muitas condições. Mas, às vezes nós vamos ali pra barragem, para o açude, junta todo mundo e cada um leva uma coisa. Às vezes também eu vou pro roçado porque eu também sou agricultora, aí no fim de semana eu vou visitar uns parentes no sítio. Só que ultimamente por causa disso tudo que eu sinto, eu não tenho vontade de sair, pra nada. E é assim a minha vida.

Participante 03

“Porque é o homem que coloca tudo dentro de casa e a gente que toma de conta”

Tenho 37 anos, sou viúva, dona de casa, com três filhos: duas meninas - uma com 12 anos que mora comigo e outra com 17 anos, já casada - e um rapaz com 20 anos, também casado. Tenho ensino fundamental completo e minha renda é de dois salários mínimos que é da pensão deixada pelo meu marido e do Bolsa Família que eu recebo.

Eu me queixo muito de uma tristeza, um medo de morrer, um medo que eu não sei de onde vem ou mesmo porque vem, mas acredito que tem a ver com o fato de eu ter ficado viúva muito nova. Eu me casei ainda adolescente, com um homem que já era de idade. Quando ele morreu, meus filhos ainda eram tudo pequenos e eu pensava assim: e agora como vou criar eles? Porque eu só tinha um salário mínimo. Me preocupei muito porque é o homem que coloca tudo dentro de casa e a gente que toma de conta. Achava que não ia conseguir. Como demorei muito a procurar um médico, meus nervos “afracô”.

Eu nunca pensei em arrumar um emprego, até porque a cidade aqui é muito pequena, não tem emprego pra ninguém. Eu já não trabalhava quando meu marido era vivo, porque ele já tinha uma pensão, ele já era aposentado. Também não tinha coragem de deixar meus filhos sozinhos ou nos cuidados de outras pessoas. Nunca quis me casar novamente, porque tem pessoas que não querem nada sério, só querem ficar uma semana, duas. Depois, eles podiam querer bater nos meus filhos, porque é diferente um pai de um padrasto. Então tomei a decisão de criar meus filhos sozinha, mesmo as pessoas dizendo que eu era muito nova. Apesar de ter sido difícil, a gente nunca chegou a passar necessidades. Quando eu estava doente, era minha filha mais velha que cuidava de mim, de tudo me levava para o médico. As vezes, ela contava com a ajuda das vizinhas.

Eu nunca fui a um psicólogo, mas estou há um ano em tratamento com um neurologista em João Pessoa. Pra ir me consultar vou no carro da prefeitura. A consulta com este médico é particular, pago 130 reais e tenho que ficar juntando o dinheirinho pra ir, às vezes tirando de um canto e outro pra poder inteirar. O remédio eu tenho que comprar, porque num tem no posto, mas esse eu não deixo faltar, eu deixo falta tudo, mas ele eu não deixo faltar. Porque desse tratamento pra cá eu já me sinto melhor, eu converso com as pessoas, porque eu num saía pra canto nenhum, num saía de dentro da minha casa. Agora não, estou bem melhor.

Hoje, só tenho preocupação com meu filho mais velho, mas só quando ele inventa de beber, porque ele fica meio danado. Então, eu me preocupo que ele se machuque ou machuque alguém. Minha nora sempre me chama quando isso acontece. Aí quando ligam pra mim eu já fico nervosa.

Meu dia a dia é tranquilo. Converso com minhas filhas, com as vizinhas, vou caminhar de tardzinha com as amigas, e se precisar, verifico minha pressão ali no posto onde as meninas me tratam bem. Também, por conselho do médico, escuto música e assisto televisão para me distrair. Nos fins de semana, quando meu filho está no sítio, eu vou pra lá passar o dia com ele.

Participante 04

“(...) tem hora que eu tenho é assim desgosto com a minha vida, mas na mesma hora, eu nem sei dizer (...) é essa vida da gente, sabe como é que é, mas isso tudo é os nervo, só os nervo (...)”

Tenho 55 anos, sou casada, concursada pela prefeitura trabalhando como gari, com ensino fundamental incompleto. Tive quatro filhos, mas três morreram quando crianças por causa das dificuldades da vida. Ficou só a caçula. Hoje, ela já é casada, mas mora aqui pertinho. A renda mensal da minha família está entre 01 e 02 salários mínimos.

Recentemente eu estive afastada do trabalho porque vinha sentindo muita agonia no peito e na cabeça e uma dormência nas pernas. Eu vivia com medo de cair na rua, porque eu pensava que era tumor, que era problema na minha cabeça. Passei bem oito meses sem ir na casa da minha mãe que é logo ali na rua atrás da igreja, eu não saía nem nas calçadas. Na verdade, já faz uns sete anos que eu sinto essas coisas, mas nunca liguei muito pra cuidar.

Eu cheguei a me consultar com uma psicóloga que tem aqui na cidade. Ela disse pra mim que isso era coisa da minha cabeça, que eu fosse caminhar, trabalhar. Aí acabei desistindo porque a conversa não estava resolvendo nada e também porque ela era muito ocupada, vivia de reunião. Hoje, faço tratamento com psiquiatra em João Pessoa, depois de muita insistência de uma irmã minha. Ela é como uma mãe para mim. Para ir para as consultas eu geralmente vou no carro da prefeitura. A consulta é particular. Pago 120 reais. Apesar de ter conseguido um encaminhamento para uma médica que atendia pelo SUS, eu preferi pagar particular, porque eu acho que uma pessoa com os problemas como os meus não pode esperar. Se eu tivesse esperado, era capaz de eu ter ido parar na “Colônia”. Na última vez que fui para a psiquiatra gastei uns 300 reais, somando o valor da consulta e os remédios. E tudo isso eu tiro do meu salário que já é pouco. Os remédios me ajudam, mas não acabaram com a agonia. Acredito que essa agonia faz parte das coisas da vida, de tanta preocupação, de botar tudo na cabeça.

Eu me preocupo muito com meu marido, apesar do contrário não ser verdadeiro. Eu gosto dele, mas é assim, a gente vive por viver, porque também já faz 25 anos que moro com ele. Mas ele “toma uma” e eu não gosto, me incomoda. Ele não bate em mim, nem nada. Se bem que eu num vivo às custas dele, tenho meu “empreguim”, mas me incomoda. E eu faço por esse homem o que ele não faz por mim.

Também me preocupo com minha filha e minha neta, e também com o que o “povo fica falando”. Muitos acreditam que eu invento doença para não trabalhar e isso me magoa bastante. Mas com os remédios, eu tenho coragem pra tudo, até voltei a trabalhar e a fazer as tarefas de casa.

Meu dia a dia é o mesmo, porque cidade do interior é tudo fraca, só tem televisão. De vez em quando vou na casa dos meus pais desbulhar feijão e fava, mas já não sento mais nas calçadas como antes. Porque quando a pessoa está boa, não é doente, aparece toda qualidade de amiga pra conversar, mas quando você tá doente, num tem ninguém, os amigos se afastam, dão as costas. Os únicos amigos que tenho é Deus, minha mãe, minha irmã e minha filha. Não vou muito à Igreja, mas faço minhas orações em casa. Acredito que vou me curar, pois nunca perdi a fé.

Participante 05

“(...) eu me sinto dentro de uma prisão. Minha mãe até diz que quando ele tá aqui eu pareço um pássaro dentro da gaiola e que quando ele sai, parece que cria asa e quer voar (...)”

Tenho 24 anos, sou dona de casa, casada, com ensino fundamental incompleto. Tenho três filhos: um menino de 09 anos e gêmeas de 06 anos. Meu marido não mora com a gente, ele está em São Paulo trabalhando, porque na nossa cidade não tem emprego, não tem futuro. Recebo entre 01 e 02 salários mínimos, que é do que o marido manda pra gente e do Bolsa Família.

Eu sou uma pessoa muito nervosa, pois já passei por muita coisa na vida. Já passei por muitas necessidades na infância, pela falta de um pai e agora, é a violência do meu marido. Pra fugir da pobreza, pensei que se me casasse logo, teria uma vida melhor, mas foi só uma ilusão. Me casei com 15 anos, com meu primeiro namorado e logo fiquei grávida. Como aqui não tinha emprego, fomos morar em São Paulo. Meu nervosismo começou lá, pois meu marido saía para trabalhar e eu ficava em casa, sozinha, com as crianças. Depois de três anos, resolvi voltar para a minha cidade, pois aqui posso contar com a ajuda e companhia de minha família, mas meu marido ficou.

Recentemente tive uma piora. Chorava muito, era impaciente e vivia isolada num canto. É que eu pensei que estava grávida de gêmeos de novo e tinha medo de passar pelo que eu já tinha passado antes, de ter de cuidar deles sozinha de novo, eu era muito sozinha, aí botei isso na cabeça e sofri muito. Minha vontade era correr, ir para o mundo.

Também descobri que meu marido tinha arranjado outra mulher em São Paulo. Quando ele soube que eu estava doente, veio ficar comigo, mas agora que eu já me sinto melhor, ele vai voltar pra lá. Mas eu não sei o que é pior, se é ele lá ou em casa. Por um lado, é muito ruim a pessoa só, com as crianças, mas por outro, quando ele está em casa, ele é muito violento. Tenho muito medo dele, mesmo ele estando lá em São Paulo, por isso faço de tudo para não dar motivos para o povo falar e ele saber de alguma coisa. Quase não saio de casa, não converso com ninguém e nunca durmo em casa sozinha, uma sobrinha vem dormir comigo. Mas apesar dele ser um homem ignorante, ele é um bom dono de casa, não deixa falta nada. Mas mesmo assim, a gente ainda passa dificuldades. Às vezes eu parava pra olhar, ou comprava o leite ou comprava alguma coisa pra casa e isso era o que me doía mais. Minha mãe é quem mais me ajuda.

Passei por tratamento psiquiátrico na capital e estou tomando medicamentos. De vez em quando me consulto com a psicóloga aqui da cidade, mas só quando ela tem tempo. Minha maior preocupação é que meus filhos passem pelas mesmas coisas que eu passei. Lembro muito da minha infância e do que eu sofri.

Tenho vontade de voltar a estudar, mas meu marido não deixa. Diz que meu tempo já acabou e que agora é a vez das crianças. Depois do que ele fez, de ter me traído com outra, todo mundo na rua falava que não era pra eu aceitar ele de volta. Mas eu sempre respondia que ele era o pai dos meus filhos, não tinha o que fazer, se ele viesse eu tinha que aceitá-lo. Porque é assim, eu penso mais nos meus filhos, não penso nem em mim. Penso no que seria dos meus filhos criados sem pai, seguindo a mesma rotina que eu segui, vivendo na casa de um e de outro. Então penso muito neles, porque minha vida é dedicada à cuidar deles.

Participante 06

“Coração de mãe sofre muito, porque é muito difícil, é muito ruim uma mãe saber que não pode ajudar os filhos”.

Tenho 73 anos, sou casada, aposentada, com ensino fundamental completo. Tenho um filho com transtorno mental, aposentado, que mora comigo e meu marido. A renda mensal da nossa família é de três salários mínimos vinda das nossas três aposentadorias.

O que eu sinto é uma tristeza muito grande. Choro sempre que me lembro dos apereios que tenho na vida, pois sempre tive “muita luta com os outros”. Minhas preocupações atuais envolvem, primeiramente meu filho, que por sua condição, “dá muito trabalho, principalmente, quando bebe”; uma filha e um neto que moram no Recife, mas que por causa das condições em que vivem eu tenho que ajudá-los financeiramente e mais, recentemente, um irmão, que por estar “abandonado pelas filhas” veio pra eu tomar conta dele.

O que me preocupa mais é que eu não tenho condições de cuidar de todo mundo como gostaria. Por causa disso, tive que mandar meu irmão ir embora, pois estava tendo despesas demais com seu cuidado. Até empréstimo tive que fazer. O restante da família não me ajuda. Senti tanto, mas eu estava adoecendo. O que me dói é que esse irmão já me ajudou muito na vida, mas eu não posso retribuir. Me sinto muito culpada. Minha filha que mora no Recife agora está pensando em voltar pra casa. Pra mim seria uma preocupação ainda maior, porque lá, pelo menos, ela tem emprego, aqui é difícil arranjar um. Ela já tentou uma vez isso e não deu certo. Nessa época, eu gastei até o que não podia para ajudá-la. Por causa de uns problemas, mesmo sem querer ela teve que voltar para Recife. Foi tão ruim, me senti tão impotente por não poder ajudar minha filha e meus netos, vê que eles tinham que voltar pra Recife. Só pensei no que meus netinhos iam sofrer. Eu até queria ficar cuidando deles, mas ela não quis, disse que eu já tinha preocupação demais com meu outro filho.

Quando estou “ruinzinha” vou ali ao hospital. Gosto de conversar com um médico que tem lá, mas nem sempre sou atendida porque tem muita gente. Ele me receitou um calmante, disse que quando eu tivesse assim muito agoniada, sem dormir, eu tomasse um. Pedi também para eu conversar com a psicóloga que atende no grupo de idosos aqui da cidade. De vez em quando eu falo com ela, mas eu não gosto muito de falar da minha vida não.

Sempre que posso vou ali no hospital conversar, desabafar, quando não vou eu procuro espairar as ideias, rezo, leio a bíblia, vou caminhar, tento pensar em outras coisas. Só não gosto mesmo é de tá de conversa com um ou com outro. Em casa, faz as coisas da casa, assisto televisão. Já pra me distrair, as vezes vou à Igreja e participo do grupo de idosos da cidade. É minha salvação esse grupo, lá eu dou risada, eu converso com as pessoas, até porque aqui não tem muita coisa pra fazer. A vida da gente é assim, não tem muita coisa pra contar não.

Participante 07

“com o problema que ele tem, só eu, que sou mãe, pra aguentar”.

Tenho 73 anos, sou casada pela segunda vez, dona de casa, aposentada, com ensino fundamental incompleto. Moro com meu marido, um filho de 33 anos que é dependente químico e uma filha adotiva adolescente. Nossa renda familiar é de três salários mínimos.

Eu sinto muita coisa: é problemas nos ossos, dor nas costas e na cabeça e ainda tenho diabetes e colesterol alto. Mas, ultimamente, sinto um peso, como se carregasse o mundo nas costas. Tive 10 filhos ao todo, mas cinco morreram. Ficaram 04 mulheres e 01 homem. Aí me lamento porque pedia muito a Deus um filho homem. É que meu filho por ser usuário de drogas só falta tirar meu juízo. Por causa disso, meu marido e minha filha não se dão bem com ele, então eu não tenho sossego em casa. Recentemente ele foi preso e eu tive que visitá-lo todos os dias, inclusive arrumar dinheiro para o advogado. Mas o vício dele é tão grande que, durante uma crise, ele tentou matar eu e o padrasto. Chegou a ficar internado em um hospital psiquiátrico em João Pessoa por um tempo.

Me culpo muito por meu filho ter chegado a essa situação. Se eu soubesse desde o começo que ele estava envolvido com drogas, eu tinha tirado ele dessa vida. Como ele está desempregado, sou eu que o sustento com tudo. Inclusive, depois do que aconteceu, pago o aluguel do cantinho que arrumei pra ele morar e também os remédios que o psiquiatra passou. Meu marido e minha filha não aceitam essa situação e vivem me dizendo as coisas, mas eu aceito tudo calada, guardo tudo para mim, pois não posso ficar contra meu filho. Por outro lado, sinto muito porque também não quero ficar contra eles, aí acabo ficando “no meio desse jogo”. E tudo sou eu que tenho que resolver. É um inferno a minha vida.

Quando não me sinto bem, vou ao hospital da cidade. Vivo me enchendo de remédios. É remédio para os nervos, para a pressão, para o coração, pra coluna, mas nada serve, pois não tenho sossego. Mas como eu sinto muito essas coisas e quero ir para o hospital, uns acham que é frescura, o povo do hospital mesmo. Tem deles que escondem até quando o doutor está aqui. Meu marido por trabalhar na Usina tem até plano de saúde pra gente, mas eu não gosto não, porque tenho que ir pra João Pessoa. Prefiro falar com o doutor aqui mesmo. Só vou para João Pessoa quando tenho que ir para os especialistas.

Passo a maior parte do tempo em casa mesmo, não converso com muita gente não. Só meu marido me ajuda, mas quando pode. Ele é 25 anos mais novo que eu. É ele que cuida de mim. Mas antes, tive muita preocupação por causa dele também. É que ele já me traiu com outra mulher dentro da minha casa. Fiquei com tanto desgosto, quase que morro e quase me separo dele. Mas agora, estamos bem. Estamos juntos há 25 anos. Ele é um bom pra mim e meus filhos têm ele como pai. Ainda é minha sorte, a ruindade que ele fez foi só essa traição.

Eu sei que não vou viver muito, porque uma pessoa com 73 anos não tem mais o quê contar, o quê viver, porque o que viveu já tá bom demais da conta. Então, a coisa que eu mais queria era morrer e deixar meu filho encaminhado na vida, pois com o problema que ele tem, tenho medo dele ficar largado aí nesse mundo, porque num tem ninguém pra cuidar dele não, com esse problema dele só eu pra aguentar.

Participante 08

“(...) quando a gente se senta num canto, que bota a perna e se escora, dá uma reviravolta no juízo da pessoa (...) eu sei que no meu dá (...)”

Tenho 56 anos, sou separada, tenho 03 filhos já casados e ensino fundamental completo. Trabalho, atualmente, como auxiliar de serviços gerais em uma pousada aqui da cidade. Minha filha caçula, seus três filhos e meu genro moram comigo. A renda da família gira em torno de um pouco mais de dois salários mínimos que é do meu emprego, dos “bicos” que minha filha e eu fazemos e do emprego do meu genro em João Pessoa.

O que eu sinto é uma angustia no peito que não passa. Já fiz tudo quanto foi de exame e “não dá nada. Tem dias que sinto também muita tristeza e cansaço. Outros dias fico é “alterada, querendo brigar com todo mundo. Já sinto essas coisas há muitos anos. Acho que tudo começou com a morte dos meus pais. Eu era muito próxima a eles e sinto muito a falta do apoio deles. Minha mãe morreu depois do meu pai. Quando ela morreu, eu não estava aqui, estava em Santa Catarina. Fui pra lá pra conseguir trabalho, porque aqui não tinha nada. Quando ela adoeceu, ela só chamava por mim. Aí, me dá uma dor aqui quando penso nisso, porque eu fico pensando, será que eu tenho essa culpa? Será que se eu tivesse aqui minha mãe estava viva hoje com a gente?

Meus pais tiveram 23 filhos, então, quando eu era criança, eu passei por muitas necessidades, cheguei a desmaiar de fome. Meus pais tiveram que trabalhar muito pra cuidar dos filhos, mas depois que eles morreram, os filhos entraram em uma briga por herança. O terreno aqui da casa não é tão grande, mas deu para o meu pai construir uma casinha pra cada um. Ele trabalhou muito pra isso, por isso tenho zelo. E eu sinto muito por essa situação com meus irmãos, ainda mais porque eles são meus vizinhos e não falam comigo.

Me casei com 18 anos. Tive três filhos. Fiquei 10 anos casada, até me separar. Além de violento, meu marido deixava eu e meus filhos passar necessidades. Na época eu me valia de uma tia, que era quem dava de comer pra mim e meus filhos. Aí fui conversando com as pessoas, entendendo melhor as coisas, até que decidi que ele não ia mais judiar de mim. Fiz minha trouxa, peguei meus filhos e vim embora. De lá pra cá não quis mais saber de homem nem de casamento. É por isso que até hoje eu trabalho, trabalho muito que é pra não ver meus filhos e netos passarem pelo que passei.

Na época eu vim pra casa da minha mãe. Aí comecei a fazer alguns bicos aqui e ali, porque eu nunca fui de baixar a cabeça pra falta de emprego. Eu topava qualquer coisa. Fui cozinheira, trabalhei em Usina. Sempre me virei. Minha filha e genro que moram comigo não tem condições de arranjar um lugar pra eles. Ele trabalha em João Pessoa, porque aqui não tem emprego. Ele só vem aqui de 15 em 15 dias. Eu gosto muito deles, dos meus netos, mas seu eu pudesse eu comprava uma casinha pra eles morarem, porque só presta cada um nos seus cantinhos. Mas, às vezes, me preocupo com a situação financeira. Porque estava uma dificuldade grande cuidar desse monte de gente.

Eu nunca fui a um psicólogo pra falar dos meus problemas. Quando não estou me sentindo bem, procuro o hospital da cidade, porque lá tem médico todo dia, diferente do PSF, onde o médico falta muito. O problema é que lá só atende urgências, então vive lotado. Hoje, tomo remédios pra controlar meus sintomas e peço muito a Deus para continuar me dando forças e saúde para trabalhar.

Participante 09

“Às vezes quando ele me bate, ele pede desculpas, então eu desculpo, porque minha vida é essa, só desculpar ele, por isso estou sofrendo, só faço desculpar, desculpar, desculpar e não tô resolvendo nada.

Tenho 35 anos e estudei apenas o ensino fundamental. Sou casada pela segunda vez. Tenho um filho de 18 anos do primeiro casamento e dois, um com 11 e outro com 10 anos, do segundo. Sou concursada pela prefeitura e trabalho como auxiliar de serviços gerais em uma escola municipal. A renda da família está entre 01 e 02 salários mínimos.

Eu sinto de tudo, mas o pior é uma tristeza grande, uma coisa no peito que não se acaba. Tudo isso é de muito sofrimento, principalmente, pela violência que sofro do meu marido. Ele me bate, me xinga e me faz ameaças constantemente. Nem lembro mais o dia que tive uma alegria na minha vida.

Vivo em situação de violência desde criança. Meu pai era violento com minha mãe e com os filhos. Por isso resolvi casar cedo. Aos 15 anos eu já queria ganhar o mundo. Meu primeiro casamento foi aos 16 anos e durou 10 anos. Mas, eu sempre gostei muito de aventuras. Quando conheci meu segundo marido, logo me apaixonei, aí deixei o primeiro. Eu só não sabia que ele era tão violento. Ele já chegou a me deixar uma vez, me trocou por outra, mas depois voltou e eu aceitei. Nossa relação é assim, tem dia que a gente nem se fala e quando ele fala é sempre ignorante. A gente dorme muito distante um do outro, não tem esse negócio de carinho, não sei nem o que isso comigo. Mas quando ele me procura, eu aceito, porque ele é meu marido, tem as vontades de homem.

Todos os vizinhos conhecem minha situação, eles escutam, veem as brigas. É deles que eu, às vezes, recebo ajuda. Apesar da minha família morar na mesma cidade que eu, não conto nada sobre minha situação, pois tenho medo que algo de ruim possa acontecer e eu ficar me sentindo culpada. Mas acho que eles sabem, até porque numa cidade pequena dessa, o boato logo se espalha.

Não sei dizer porque ainda estou com meu marido. Não dependo dele financeiramente, já que quem tem emprego sou eu. Só sei que não consigo deixá-lo de jeito nenhum. Já tentei várias vezes. Mas ele é o pai dos meus filhos. Se ao menos eu soubesse que eu ia encontrar uma pessoa boa, boa mesmo, pra mim e pros meus filhos.

Acho que meus filhos mais novos não entendem o que acontece. Não queria que eles vissem às brigas, pois eles são “loucos pelo pai”. Quando ele diz que vai embora, os menino ficam tudo doido e dizem que vão com ele. Mas eu jamais vou dar meus filhos a ele, Deus me livre!

Já cheguei a ir ao hospital por causa da violência do meu marido. Mas lá, ninguém nunca me perguntou o que, de fato, tinha acontecido. Se eles sabem, nunca falaram nada. Eu também nunca denunciei meu marido à polícia, não sei porquê. Toda essa situação me faz sentir muita solidão, como se eu fosse uma pessoa sozinha no mundo. Se eu continuar minha vida com ele, não espero muita coisa do futuro não.

Participante 10

“eu acho que tava tudo guardado (...) quando ele começou a tirar o medicamento aí pronto, parece que foi uma descarga”.

Tenho 36 anos, sou casada, dona de casa, sem filhos e estou cursando o ensino superior. A renda familiar é de dois salários mínimos.

Há 03 anos venho me queixando com uma ansiedade muito forte, uma angustia no peito, uma impaciência, que quando vem, vem tão forte que chega a paralisar minhas pernas. Me consultei com vários médicos na cidade e cidades vizinhas, até aceitar que o que tenho é mesmo problema nos nervos. Apesar de ter médicos psiquiatras em cidades próximas a minha, prefiro me consultar em Campina Grande, porque soube que um médico de lá era muito bom. Então estou em acompanhamento com ele há um ano e toma remédio para controlar os sintomas. Com os remédios, melhorei dos medos, da impaciência, do aceleração no coração, ficou só a ansiedade nas pernas. A última crise que tive foi porque o médico suspendeu a medicação. Começou de pouquinho em pouquinho, mas aí tive uma crise e ele mandou voltar tudo de novo. Eu acho que foi isso, porque eu não estava sentindo nada. Mas também começaram umas brigas em casa, umas coisas pessoais, meu avô morreu, meus pais se separaram, então isso também mexeu muito comigo.

Pra ir às consultas vou de carro com outra mulher aqui da cidade que também se consulta com o mesmo psiquiatra. Dividimos a gasolina para não ficar tão caro. No começo, a secretaria de saúde daqui nos ajudava com a gasolina, mas agora não ajudam mais. Minha mãe é que me acompanha a maioria das vezes. Meu marido foi apenas uma vez, porque o médico chamou.

O médico disse que com caminhadas eu poderia melhorar, então sempre caminho quando posso. Quando estou em crise, eu não consigo fazer nada, mas tento manter a caminhada por causa das pernas, e também para ver outras pessoas, conversar. Quando eu converso, eu me distraio, mas quando volto para casa, começa tudo de novo. Mas me incomoda quando vou caminhar quando as pessoas ficam me olhando. É que as vezes minhas pernas travam, fico arrastando, aí quando vai chegando uma pessoa caminhando perto de mim e fica me olhando eu pioro ainda mais.

Eu queria muito ter filhos, estava pensando em engravidar no final do ano, mas só posso quando parar os remédios. Se não fosse esse meu desejo de ter filhos, eu “nem ligava” em tomar remédio, tomaria o resto da vida se precisasse. O que importa pra mim é ficar boa.

Apesar de ser muito caseira, quando me sente melhor, gosta de sair, de ir aos fins de semana para um barzinho ou quando tem alguma festa na cidade. Só não saio mais por causa das pernas, pois não tenho muito equilíbrio e a dormência e formigamento me incomodam.

As sínteses narrativas descritas permitiram verificar de antemão que apesar das diferenças de idade, dos recursos (financeiros, humanos e sociais), da forma como cada mulher age diante seu mundo, de suas experiências de vida, há mais semelhanças do que diferenças entre as mulheres participantes e tais semelhanças são os elementos que convergem para seus sofrimentos psíquicos. De maneira geral, pôde-se observar, por exemplo, que as participantes eram mulheres com histórico de pobreza; com casamentos precoces (visto que muitas delas se casaram na adolescência); donas de casa; vítimas de violência doméstica e envoltas pelos papéis sociais tradicionais de mães e esposas. Estes últimos apontando para a preocupação com os filhos e/ou netos (mesmo crescidos). Já em termos de assistência em saúde mental, eram mulheres com cuidados restritos ao atendimento médico (generalista e/ou especializado) e à assistência medicamentosa.

A tabela 18 a seguir apresenta, de forma geral, alguns dos dados relacionados ao perfil destas participantes. A descrição e a análise dos demais aspectos, referentes aos elementos de vulnerabilidade, trazidos pelas sínteses narrativas ocorrerá de forma mais aprofundada a seguir, por meio do conteúdo das categorias temáticas enunciadas.

Tabela 19

Perfil das mulheres participantes

	Idade	Estado civil	Profissão/Atividade	Número de filhos	Escolaridade	Renda familiar**
Part. 01	74	Viúva	Aposentada	05	Analfabeta	02 salários
Part.02	54	Casada	Dona de casa	02	Ensino Fundamental Incompleto	02 salários
Part.03	37	Viúva	Dona de casa	03	Ensino Fundamental Completo	02 salários
Part. 04	55	Casada	Gari	04	Ensino Fundamental Incompleto	Entre 01 e 02 salários
Part.05	24	Casada	Dona de casa	03	Ensino Fundamental Incompleto	Entre 01 e 02 salários
Part.06	73	Casada	Aposentada	02	Ensino Fundamental Completo	03 salários
Part. 07	73	Casada	Aposentada	10	Ensino Fundamental Incompleto	03 salários
Part. 08	56	Separada	ASG*	03	Ensino Fundamental Completo	02 salários
Part. 09	35	Casada	ASG	03	Ensino Fundamental Completo	Entre 01 e 02 salários
Part. 10	36	Casada	Dona de casa	00	Ensino Superior Incompleto	02 salários

Nota:*Auxiliar de serviços gerais. ** Salário mínimo vigente à época da coleta de dados igual à 678,00 reais.

Categorias Temáticas Enunciadas

Por meio do processo de análise de conteúdo já descrito, a análise das falas das participantes apreendidas por meio das entrevistas permitiu a construção de duas classes temáticas: a primeira, intitulada “Cenários rurais do sofrimento feminino” fez referência aos aspectos objetivos do sofrimento apresentado pelas mulheres e envolveu seis categorias de análise, a saber 1) Sintomatologia; 2) Motivos para o sofrimento; 3) Consequências do sofrimento; 4) Práticas de autocuidado; 5) Assistência em saúde e 6) Cuidados em saúde mental. Já a segunda classe temática, intitulada “Vivências rurais do sofrimento feminino” fez referência aos aspectos intersubjetivos do sofrimento que estão presentes no dia a dia dessas mulheres e envolveu três categorias de análise, 1) Relações Conjugais; 2) Rede de apoio social

e 3) Cotidiano rural. A tabela 20 a seguir apresenta, de maneira geral, as classes temáticas, suas respectivas categorias de análise e os elementos nelas evocados.

Tabela 20

Classes temáticas e categorias de análise

Classe Temática	Categoria	Elementos evocados
I – Cenários rurais do sofrimento feminino	1.Sintomatologia	a) Principais queixas; b) Discriminação e banalização do sofrimento; c) Tempo de sintomatologia; d) Naturalização do sofrimento.
	2.Motivos para o adoecimento	a) Outras enfermidades; b) Doenças comuns na família; c) Preocupação e cuidado com os filhos; d) Cuidado com a família.
	3. Consequências do adoecimento	a) Dificuldades para o trabalho diário; b) Danos na autoestima e no convívio social.
	4. Práticas de autocuidado	a) Uso de chás e ervas; b) Uso de medicamentos.
	5. Assistência em Saúde	a) Busca de atendimento em outras cidades; b) demora no agendamento de consultas; c) Despesas médicas e medicamentosas; d) Assistencialismo Político
	6. Cuidado em saúde mental	a) Comorbidades; b) Encaminhamentos para especialistas; c) Incentivo ao uso de medicamentos; d) Falta de atendimento psicológico; e) Busca por atendimento psiquiátrico.
II – Vivências rurais do sofrimento feminino	1. Relações Conjugais	a) Papeis e divisão sexual do trabalho; b) Uso de álcool; c) Violência Conjugal d) Casamento na adolescência e) Infidelidade f) Julgamento e moralidade social g) Conflitos internos.
	2. Rede de Apoio social	a) Família; b) Amigos/Vizinhos c) Importância do apoio d) Conflitos geracionais
	3. Cotidiano rural	a) Aspectos socioeconômicos; b) Falta de trabalho; c) Trabalho domésticos d) Falta de lazer e) Maternidade e Conformismo

As 09 categorias de análise foram construídas com base em 548 recortes das falas das participantes. A categoria que mais apresentou expressão entre as participantes foi a categoria

Cotidiano rural ($f = 89$) seguida das categorias Relações Conjugais ($f = 86$) e Redes de apoio social e Assistência em saúde ($f = 73$ cada uma). As frequências e os totais dos recortes de fala referentes a cada categoria de análise feita em cada entrevista seguem apresentadas no Apêndice 04. Já sua distribuição em termo de aparecimento nas entrevistas pode ser visualizada no Apêndice 05.

Classe temática I – Cenários rurais do sofrimento feminino

Ao partir da experiência objetiva do sofrimento pelo TMC e das cenas retratadas durante as entrevistas, de forma geral, observou-se que as situações que contribuem para situações de vulnerabilidade ao TMC entre as mulheres rurais investigadas se mostraram muito semelhantes. Esta primeira classe temática procurou abarcar os cenários concretos trazidos pelas participantes para apresentar seu sofrimento e seus dispositivos de cuidado. As categorias aqui relacionadas envolveram o quadro sintomatológico apresentado pelas mulheres, as práticas de cuidado por elas empregadas, a assistência em serviços e cuidados profissionais que dispõem, bem como algumas necessidades em saúde por elas demandadas.

1. Sintomatologia

Como já explicado no estudo anterior, o TMC refere-se a um conjunto de sinais e sintomas de natureza não-psicótica, facilmente encontrado na população, que pode ser vivenciado de forma diversificada por diferentes pessoas ou mesmo pela mesma pessoa ao longo da vida (Goldberg & Goodyer, 2005). Apesar do TMC abarcar uma gama de sintomas, de maneira geral, suas **principais queixas** envolvem sintomas físicos, de natureza somatoforme, associados a sintomas relacionados à perda da energia vital e, principalmente, ao humor depressivo e ansioso como pode ser observado nas falas das participantes a seguir.

“(...) é uma tristeza, uma agonia tão grande (...) começou a me dar como um entalo (...) como se fosse assim, como uma tosse, só que eu fiquei sem poder falar (...) ôta vez (...) começou a me dá uma frieza, assim, nas mãos e nos meu nervo (...)” [Part.01].

“Eu tava sentindo era assim, uma angústia, uma tristeza, por nada eu tava chorando (...) com o coração apertado” [Part.02].

“Eu sinto assim, uma agonia aqui (no peito), uma agonia na cabeça, uma dormência na boca e uma dormência nas pernas” [Part.04].

“(...) eu sinto assim (...) uma tristeza tão grande (...) choro sempre quando eu me lembro dos meus aperreios sabe, é uma tristeza tão grande” [Part.06].

“(...) ói, eu sinto tanta coisa, eu sinto problema nos osso, eu tenho diabete, colesterol alto, uma dor nas costa, um peso como se carregasse o mundo e agora também tô com uma dor de cabeça que quando ataca eu só falto correr doida, é tanta coisa que nem sei dizer” [Part.07].

“(...) o que eu sinto é essa angústia, essa angústia no peito que num passa (...) tem dia que fico numa tristeza só, um cansaço, outro dia é alterada querendo brigar com todo mundo, aí sempre que tô assim, minha filha, fico aperreada” [Part.08].

“(...) o mais pior é essa tristeza, essa coisa no peito (...) é que tem dia que a gente amanhece mesmo estressada, eu amanheço todo dia estressada (...)” [Part. 09].

“(...) assim, era uma impaciência, um medo, um choro e um aceleração no coração” [Part. 10].

A manifestação de sintomas somáticos e depressivos/ansiosos, corroborando dados de outras pesquisas (Castro, 2010; Morais, 2010; Medeiros, 2003; Silveira, 2000) foi a que mais demarcou a presença de TMC entre as mulheres investigadas. Sintomas como tristeza, angústia, choro, aperto no peito, aceleração no coração e dores de cabeça foram por elas relatados e servem de alerta para a necessidade dos múltiplos cuidados em saúde. Como já discutido, para além da visão de suscetibilidade biológica que defende uma maior predisposição feminina ao desenvolvimento de determinados transtornos devido à influência dos hormônios ligados aos ciclos reprodutivos, ganham cada vez mais destaque explicações de cunho social que permitem justificar maior vulnerabilidade das mulheres ao desenvolvimento destes sintomas (Andrade et al, 2006; Azevedo, 2012). Isto porque, somente a referência a determinados grupos de sintomas e sua origem no corpo não dar conta de explicar o sofrimento em si, o que permite afirmar que

estes não podem ser separados dos aspectos objetivos e subjetivos que os envolvem. Assim, em muitos casos é até difícil traduzir este sofrimento em queixas específicas como pode ser observado na fala da Participante 07 quando diz “(...) *eu sinto tanta coisa (...) é tanta coisa que nem sei dizer (...)*”.

Apesar dos sintomas depressivos e ansiosos serem os mais enfatizados, geralmente são as queixas somáticas que levam as mulheres com TMC a procurarem os serviços de saúde (Medeiros, 2003; Silveira, 2000; Traverso-Yepetz & Medeiros, 2004;). Deste modo, tais queixas tendem a se constituir no foco principal de atenção e cuidado dos profissionais da saúde. Como já discutido, acontece que, com base nos preceitos biomédicos, a materialização do sofrimento no corpo confere a este o status de “doença real” e reforça a crença de que esta pode ser tratada (Traverso-Yepetz & Medeiros, 2004; Vieira, 2008). Dar forma ao sofrimento, localizando-o no corpo é então uma estratégia empregada por muitas mulheres na tentativa de legitimar seus sintomas enquanto problema de saúde e enquanto necessidade real de cuidado. Porém, o caráter difuso e multivariado com que estes sintomas se apresentam dificulta o reconhecimento destes enquanto problema de ordem psíquica.

Vale ressaltar, como já o fez Medeiros (2003) em sua pesquisa com mulheres usuárias de um serviço básico de saúde em Natal/RN, que embora os sintomas de “nervosismo” apresentados pelas mulheres sejam semelhantes, não se pode afirmar que estas sofram da mesma maneira e com a mesma intensidade. Para a autora, o valor atribuído a estes sintomas, a forma como estes vão afetar as várias dimensões de suas vidas, vão depender das vivências de cada uma, da existência de apoio e dos recursos (internos e externos) que estas dispõem para enfrentar as dificuldades do dia a dia. Outra questão que merece atenção é que a demonstração desta variedade de sintomas, corroborando ainda com Medeiros (2003), pode ser tanto causa como consequência do sofrimento. O choro, por exemplo, apesar de ter sido um dos principais

sintomas apresentados pelas entrevistadas foi relatado pelas Participantes 03 e 10 como uma estratégia utilizada por elas para aliviar os demais sintomas.

“(...) eu tenho que chorar, porque chorando eu fico bem melhor, eu num sei como explicar isso” [Part.03].

“(...) choro, choro, choro, atééééé’melhorar (...)” [Part. 10].

Em parte, tal estratégia serve para mostrar que as mulheres nem sempre respondem à sua condição de forma passiva, mas reagem a esta e encontram, por elas mesmas, mecanismos que as ajudam a lidar com seu sofrimento, lhes dando, inclusive, certo controle da situação. Autoras como Garcia (1985) e Silveira (2000) já chamaram a atenção para o fato da chamada “crise nervosa” ser reflexo da inconformidade de algumas mulheres diante sua condição de submissão e opressão. Assim, para as autoras, a expressão de tais sintomas remete então a uma transgressão feminina às normas que, apesar de “pouco visível” aos olhos sociais patriarcais, se faz presente e concreta por meio do sofrimento. O choro também foi retratado pelas Participantes 04, 05 e 07 como uma resposta a **percepção de discriminação ou banalização do seu sofrimento** seja em casa, na rua ou nos serviços de saúde.

“(...) tinha época que eu chorava era muito porque minha irmã vivia dizendo que eu procurava doença, que eu num tinha fé em Deus, e eu dizia que num era porque eu queria, mas era carão em cima de carão (...) e aquilo me doía, porque num era porque eu queria (...) porque os médicos daqui só dizia (...) para com isso, você tem é que andar, se distrair e eu fui logo me enchendo dessa conversa, dizia logo pra eles parar, eu num queria era conselho né, porque só quem sabe é quem sente (...)” [Part. 04].

“(...) às vezes ele (marido) brigava comigo (...) ele dizia assim, tá bom tire isso da cabeça (...) tá bom você num tem nada! (...)porque ele foi pro médico comigo e o médico disse que eu num tinha nada (...)ele brigava comigo e aí era que eu chorava, eu chorava demais quando ele brigava comigo” [Part.05].

“(...)eu choro sabe(...)é que o povo daqui tem marcação comigo, sabe (...) como eu sinto muito essas coisas e quero vim pro hospital uns acham que é frescura, o povo do hospital mesmo, tem deles que esconde quando o doutor tá aqui” [Part. 07].

A banalização do sofrimento com o TMC neste cenário pode ser apontada como um elemento de vulnerabilidade social e programática. Uma das explicações trazidas por alguns autores decorre do entendimento de que este é considerado pelas pessoas e/ou profissionais da saúde como sendo de menor gravidade quando comparado a outros transtornos como a depressão maior ou o transtorno de ansiedade generalizada (Goldberg & Goodyer, 2005). Como o TMC não aparece descrito nos manuais psiquiátricos nem existe enquanto entidade nosológica, não é alvo de cuidado pelos serviços especializados/substitutivos em saúde mental e acaba por não receber a devida atenção pelos médicos generalistas nos cuidados primários. Todavia, isto não significa que este transtorno não cause sofrimento. O problema, como apontado por Medeiros (2003) e Silveira (2000), parece residir na frequência com estes sintomas se manifestam, o que denota uma constante busca aos serviços de saúde pelas mulheres e na falta de justificativas médicas concretas para seu aparecimento. Por essa razão, segundo as autoras, tais mulheres são geralmente tratadas nos serviços como “poliqueixosas”, sendo o seu sofrimento nada mais do que “piti”. Crenças tradicionais biomédicas somadas ao despreparo tecnocientífico dos profissionais da saúde apresentam-se enquanto vulnerabilidade programática ao aparecimento destes sintomas. Já o reconhecimento da figura do médico enquanto detentor do conhecimento e da verdade pelos sujeitos sociais, como relatado pela participante 05, configura-se enquanto elemento de vulnerabilidade social.

Ademais, questões de gênero como a expressão de sintomas específicos pelas mulheres pode contribuir para esse processo de banalização e vulnerabilidade. O choro, por exemplo, além de ser fator de alerta para o sofrimento pode ter também um efeito adverso. Segundo Zanello (2014), em uma sociedade onde as diferenças entre os sexos são acentuadas é comum homens e mulheres expressarem seus sofrimentos de forma diferente, o que aponta para o “*caráter gendrado dos sintomas*” (p.108). Para a autora, o choro - por estar intrinsecamente ligado às emoções, à sensibilidade - é aceito como uma resposta tipicamente feminina e

reprimido aos homens, visto para estes como sinal de fraqueza. Sob este olhar, “mulher sempre chora”, “é algo natural para elas”, “não é nada demais”. A expressão recorrente deste sintoma pode, então, ser naturalizada enquanto “coisa de mulher”, sendo sempre tratada de forma banalizada pelas pessoas e pelos profissionais de saúde, no que Zanello veio definir como “*choro imotivado*” (p. 109). Esse discurso depreciativo relacionado ao sofrimento é assim introjetado pelas próprias mulheres, sendo considerado como manifestação de fraqueza emocional como se observou na fala da Participante 05.

“(...) era assim um momento muito fraco que eu me sentia sabe (...) me lembrava de umas coisas e começava a chorar, ficava fraca, sabe, pensava até em fazer besteira, a gente pensa muito né, nisso (...)” [Part.05].

Fraqueza emocional, sensibilidade, sugestionabilidade, exibicionismo, e emotividade, como apontou Garcia (1985), foram e ainda são aspectos aceitos socialmente como uma reposta feminina. Suas expressões são consideradas tão naturais para as mulheres quanto o instinto feminino para a maternidade. Não levar em consideração possíveis diferenças na forma como homens e mulheres expressam seus sofrimentos, pode contribuir para reforçar ainda mais a ideia de natureza feminina e masculina e contribuir para a continuidade de sujeição e inferioridade das mulheres. A banalização com o sofrimento apresentado pelas mulheres pôde ser percebida também pelo **tempo** em que as entrevistadas relataram sentir estes sintomas.

“(...) fazia tempo que eu vinha com isso e num dava conta (...)” [Part.01].

“(...) tem o quê, uns 10 anos já isso, eu já vinha me sentindo assim (...)” [Part. 02].

“(...) é porque é assim, eu já sentia essas coisas já faz uns sete anos tá entendendo, mas eu num ligava muito” [Part.04].

“(...) faz tempo que eu sinto essas coisas minha filha, assim, já faz uns oito anos (...)” [Part.07].

“(...) já faz muitos anos que me sinto assim (...)” [Part.08].

Semelhante às mulheres investigadas nos estudos de Medeiros (2003) e Silveira (2000), o sofrimento pelo TMC entre as participantes já vem de longa data, o que pode até lhe conferir

um caráter de cronicidade. Todavia, diferente de algumas doenças crônicas, seus sintomas nem sempre são manifestos, nem obedecem a uma frequência ou ordem de expressão, sendo na verdade, sua origem - apesar de sempre relacionadas a momentos de grande preocupação - desconhecida. Pelo tempo que afirmaram sentir estes sintomas e pela banalização do seu sofrimento pelas pessoas próximas, algumas mulheres acabam **naturalizando-o como algo do seu cotidiano**, da sua vida como é o caso das Participantes 05, 08 e 09.

“(...) a vida é assim né, eu vivi muita coisa que justifica esse meu nervoso” [Part.05].

“(...) a pobi da minha menina fica preocupada e me pergunta se é os menino dela que dão trabalho, mas num é os menino, é o dia a dia mermo, é a vida” [Part. 08].

“(...) minha vida é isso, todo dia é esse sofrimento (...)” [Part. 09].

Com base nestas falas é possível afirmar que a manifestação de sintomas relacionados ao TMC entre as mulheres rurais apresenta não só a aspectos individuais, mas também coletivos. Crenças enraizadas sobre o que pode ou não ser considerado sofrimento psíquico, baseadas em uma racionalidade biomédica dominante, exercem influências tanto na expressão de determinados sintomas por homens e mulheres como na existência ou não de cuidados, sendo muitas vezes sua manifestação alvo de atitudes de discriminação e banalização. No mundo rural, tais crenças podem encobrir, inclusive, outros fatores de vulnerabilidade relacionados à manifestação destes sintomas como, por exemplo, as questões socioeconômicas, problemas relacionais/afetivos, deficiências na assistência e nos cuidados em saúde mental bem como desigualdades de gênero.

2. Motivos para o adoecimento

A etiologia do TMC é multicausal, sendo suas raízes tanto de natureza psíquica/individual como social (Goldberg & Goodyer, 2005). Nas pesquisas realizadas por Castro (2010), Medeiros (2003) e Silveira (2000) as explicações trazidas para estes sintomas foram as mais

diversas e, muitas vezes, conflitantes entre si. Apesar de envolver situações de natureza orgânica, aspectos afetivos e relacionais foram destacados por estas autoras, mostrando a importância que estes aspectos, mais que os primeiros, possuem no desenvolvimento deste transtorno. Os motivos obtidos neste estudo também se assemelharam aos encontrados nas pesquisas citadas. Pela compreensão de que o processo de adoecer se dá no corpo e sendo ainda o sofrimento mental estigmatizado enquanto loucura, os primeiros motivos que as mulheres investigadas apontaram como possíveis causadores dos seus sintomas se relacionaram a **outras formas de adoecimento** como pode ser observado nas falas das Participantes 01, 03 e 04.

“(...) quando começou a dar em mim essas agonia, o povo dizia que era anemia, agora não sei não” [Part.01].

“Eu pensei que era tumor, que era problema na minha cabeça (...) aí teve gente que disse que eu fiquei com esse problema de nervos porque disse quem faz essa cirurgia (Histerectomia) fica um dia com sequelas e parece que foi mesmo, porque o problema dos nervos veio depois dessa cirurgia, com dois anos depois (...)” [Part.03].

“(...) mais tem gente que diz que essas agonia que eu sinto na cabeça é porque eu já fiz muita cirurgia né, por causa da anestesia, o povo que fala né (...)” [Part.04]

Como discutido na categoria anterior, localizar seu sofrimento no corpo é uma forma encontrada pelas mulheres para legitimá-lo enquanto doença. Quando estes sintomas não possuem explicação orgânica aparente, ainda assim, a crença de que estes têm origem no corpo não é abandonada e procura-se outras vias para concretizá-la, passando a relacioná-los, por exemplo, as outras patologias preexistentes. Nota-se que, mais do que uma crença individual, tal relação remete a uma crença compartilhada socialmente como se observa nos seguintes recorte das falas: *“muita gente diz”*; *“teve gente que disse”*; *“tem gente que diz”*, revelando mais uma vez o aspecto social da vulnerabilidade, enquanto reprodução do pensamento biomédico.

Como exemplo, observa-se no caso da Participante 03 a relação entre seus sintomas e a Histerectomia, fazendo-se menção à noção dominante até o século XIX sobre o tratamento

da histeria. Como já explicado nesta tese, por muito tempo a histeria foi considerada uma patologia caracteristicamente feminina, resultado de disfunções orgânicas relacionadas ao sistema reprodutor, sendo o útero seu ponto nevrálgico (Garcia, 1995; Silveira, 2000; Vieira, 2008). Os sintomas histéricos envolviam traços femininos como instabilidade, impressionabilidade, fraqueza de vontade, capricho entre outros e, com o advento da Psicanálise, também passaram a se associar ao pensamento/comportamento sexual considerado desviante e/ou reprimido (Garcia, 1995). A ideologia patriarcal-capitalista à época, segundo Vieira (2008), impunha a natureza feminina como essencialmente materna e reprodutiva. Assim, segundo a autora, a medicalização do corpo feminino por meio da ciência médica veio cumprir a função política de normalizar possíveis desvios a esta natureza e a histerectomia foi durante muito tempo o processo utilizado para o tratamento destes desvios, sendo a histeria considerada uma das principais razões.

Como observaram Garcia (1995) e Silveira (2000) em suas pesquisas, a crença na associação entre sistema reprodutor feminino e sistema nervoso ainda pode ser observado nas falas de muitas mulheres e dos próprios profissionais da saúde nos dias atuais, especialmente, quando relacionados à expressão/inibição da sexualidade. É o que mostra também a fala da Participante 03.

“(...) teve uma médica que disse que o que eu sinto era porque eu tinha ficado sem ninguém, porque fiquei muito novinha sem homi, eu tinha uns 33, 34 anos (...) foi um problema que deu no meu útero, que ela disse assim, através de eu ter ficado só, esses dois anos que eu num tive relação com ninguém, aí meu útero ele inchou, ele evoluiu, ficou maior que o normal, ressecou, aí ele feriu, aí o médico disse que foi por causa disso, porque a gente mulher né, é diferente de homi (...)” [Part.03].

Nota-se que a Participante 03 reproduz a explicação trazida pelos médicos e toma esta explicação como sua verdade. Mesmo no século XXI, o paradigma biomédico ainda mostra sua força e continua a servir a um sistema de dominação que procura diferenciar os sexos com base em uma suposta natureza: *“porque a gente mulher né, é diferente de homi (...)”*. Outras

explicações trazidas pelas mulheres para justificar seus sintomas perpassaram aspectos hereditários, mostrando a crença em possíveis relações com **doenças comuns na família** como se observam nas falas das Participantes 01, 02 e 08.

“(...) às vez eu tenho medo dessas agonias que eu sinto, porque minha mãe morreu assim (...) sei que eu num me canso de dizer ao povo que meus fios, assim, com essa agonia que dá em mim, ainda vão me achar é morta junto desse minino, quando eles forem me achar vão me achar é morta, porque minha mãe morreu disso” [Part. 01].

“(...) o povo da família do meu pai só morre mais de câncer e de derrame, aí eu botei na cabeça que isso aqui (agonia na cabeça) era um CA, que tinha virado um CA” [Part. 02].

“(...) aí eu tenho medo de derrame, porque minha mãe morreu de derrame né (...) aí eu pensei que ia dar em mim isso aí” [Part.08].

A influência da visão biomédica mostra-se presente no mundo rural e serve de parâmetro para a maior parte das explicações relacionadas ao adoecimento feminino. Tal visão, como se verá adiante, vai se apresentar também influenciadora de comportamentos e práticas de cuidado. Mas apesar da procura inicial por explicações encontradas no corpo, uma maior ênfase foi dada pelas mulheres aos “aperreios” do dia a dia como causas para seus sofrimentos, destacando-se a **preocupação e o cuidado com os filhos**. Estes fundamentaram-se em questões relacionadas à introjeção dos papéis sexuais, em especial, o papel de mãe. Estudo realizado por Badinter (1985) trouxe a discussão de que ser mãe nem sempre significou cuidado, nem muito menos amor incondicional aos filhos. Segundo a autora, foi por meio do pensamento patriarcal e capitalista – ao confinar as mulheres ao espaço doméstico e introduzir diferentes papéis sociais a serem assumidos por homens e mulheres - que se criou a ideia de *maternagem*, ou seja, a ideia de que as mulheres possuem não só o instinto para serem mães, mas acima de tudo, serem boas mães. O cuidado absoluto com a casa, com os filhos (estendidos aos netos) passou a representar esta ideia e a fazer parte do dia a dia das mulheres burguesas. Essa moralidade, posteriormente, ampliou-se para as classes populares e ainda exerce influência no

comportamento de muitas mulheres de baixa renda na atualidade, sendo causa de sofrimento para elas, especialmente, quando se acredita que não se pode assumi-la.

No caso da participante 03, por exemplo, esta faz menção ao início dos seus sintomas relacionando-o à preocupação no cuidado com os filhos devido ao seu estado civil e sua condição socioeconômica. Casada desde a adolescência com um homem mais velho, ela nunca trabalhou, pois, o sustento da família era garantido pela aposentadoria do marido. Quando este faleceu, ela se viu na difícil função de, além do papel de mãe, exercer também o papel de provedora da família.

“(...) é que nessa época eu era preocupada porque era casada assim com um senhor de idade, aí ele adoeceu e eu tratei dele sozinha, aí com o passar do tempo veio isso, porque eu fiquei viúva nova, meus filhos eram tudo pequeno, e eu pensava assim: _ E agora como vou criar eles? Porque eu só tinha um salário, realmente, eu só tenho a pensão que ele deixou, aí eu vivia nessa agonia (...) quando ele morreu, eles num ficaram tão pequeninim não, ela já era mocinha, e as ôta tinha 09, 10 anos (...) era tudo grandinha, mas mesmo assim eu me preocupei né, porque é diferente do que um dono de uma casa (...) porque a gente tá aqui pra cuidar e o dono da casa não, tá pra assumir o resto, então, eu passei a assumir tudo como homi e mulher, foi eu pra tudo e realmente hoje sou eu pra tudo (...)” [Part.03].

A divisão dos papéis sexuais, a cisão e a delimitação do espaço público para os homens e o privado para as mulheres, como visto, atravessou os séculos e ainda faz parte do imaginário social, inclusive em contextos socioeconômicos precários como no interior do Nordeste brasileiro. A preocupação sentida pela Participante 03 representa a introjeção destes papéis por mulheres nas cidades rurais. Isso mostra que se na sociedade contemporânea observam-se mudanças nas funções e nos arranjos familiares, no mundo rural, onde prevalecem ideologias patriarcais tradicionais, é ainda comum se manter a diferença de papéis onde cabe à mulher o cuidado com a casa e com os filhos. Em muitos casos, as mulheres só assumem ou se percebem “chefes de família” em casos de mães solteiras, separadas ou viúvas.

Ademais, o fato das mulheres assumirem a função de provedora acarreta também em outro problema que é a dupla ou mesmo tripla jornada de trabalho, onde estas passam a

“assumir tudo como homi e mulher”. Quando a mulher sai para trabalhar “fora de casa”, dificilmente o marido/companheiro assume o cuidado com a casa e com os filhos, e quando este o faz é apenas de maneira complementar. Assim, a mulher não abandona sua função de cuidadora, apenas agrega outra. A sobrecarga física e emocional decorrente do acúmulo destas funções é, então, fator de sofrimento para elas. No cenário rural, em termos estruturais, um problema que pode ser ressaltado e que é gerador de conflito para as mulheres com relação ao acúmulo destes papéis é que na maioria das cidades rurais não há organização ou estrutura de serviços públicos (e até mesmo privados) que lhes assegure e/ou lhes dê suporte para esta condição. Como coloca a própria Participante 03.

“(...) eu num procurei trabalho porque também eu num podia sair e num ter com quem deixar eles [filhos], num tinha coragem de sair pra procurar trabalhar e deixar eles não, se tivesse pelo menos uma coisa assim, uma creche né, mas deixar eles só dentro de casa eu não deixava não”[Part.03].

Então, face a escolha entre o trabalho fora de casa e os filhos, o que acaba pesando para muitas mulheres rurais é o papel tradicional de mãe. Ademais, no contexto rural é muito comum as mulheres casarem ainda na adolescência. Para assumirem as funções de mãe e dona de casa que lhes são impostas, muitas abandonam a escola e passam a viver à custa do marido. A baixa escolaridade não permite assim que estas mulheres alcancem postos de trabalho que ofereçam melhores rendimentos, sendo que muitas delas, ao optarem pelo trabalho fora de casa, acabam realizando os mesmos serviços domésticos, só que agora na casa de terceiros.

A prematuridade do casamento, da maternidade, da vida adulta, além de trazer preocupações relacionadas ao sustento da família, traz também a própria preocupação com o saber cuidar. Foi o que relatou, inicialmente, a Participante 05. Para fugir da pobreza, esta se casou aos 15 anos. Como logo engravidou, teve que abandonar a escola e como na cidade onde vivia não tinha emprego foi com o marido morar em São Paulo, época que relatou ter iniciado seus sintomas.

“(...) teve essa vez que eu fiquei nervosa, porque assim (...) minha gravidez das gêmeas foi assim, eu fui sozinha, o acompanhamento eu fiz praticamente sozinha, pra tudo (...) meu outro filho ainda era pequeno, tinha três anos (...) meu medo assim, era no cuidar, porque assim, eu cuidei sozinha, sozinha, delas e do meu filho mais velho, aí eu sofri muito (...) porque quando eu tive elas eu num tava ainda aqui sabe, morava fora, em São Paulo, e meu marido trabalhava e eu ficava em casa sozinha, aí foi uma coisa bem corrida pra mim, eu me sentia assim, me sentia só, muito sozinha, num mundo que parecia que só existia eu mesmo, isolada, com três crianças, aí eu me sentia muito nervosa (...)” [Part. 05].

A in experiência no cuidar atrelada à falta de assistência do marido e/ou familiares foi para esta participante uma das maiores causas relacionadas à expressão dos seus sintomas. Cuidar é então visto como algo que só cabe à mulher, uma tarefa difícil e solitária ligada à maternidade. Mas a preocupação com o cuidado dos filhos não é uma questão somente de mães inexperientes e jovens como as Participantes 03 e 05. Esta se entende por todas as faixas etárias e ganham outros contornos com os filhos crescidos. Como falou a própria Participante 03 *“(...) agora eles tão grande, a preocupação agora já é ôta (...)”*. Nos casos das Participantes 02, 03, 06 e 07, a preocupação com os filhos, já adultos, envolveu o uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e as consequências que este uso pode acarretar.

“(...) eu também tenho um filho que tinha chegado do Rio de Janeiro, fazia 15 anos que eu num via ele (...) só que ele chegou muito transformado, se envolveu com quem num devia, aí o mês que ele passou aqui a minha vida virou de cabeça pra baixo (...)” [Part. 02].

“(...) aí também eu tenho um menino meu que bebe, aí eu me preocupo quando ele bebe, porque ele fica mei, já sabe quando a pessoa bebe fica mei danado né, então eu tenho medo dele se machucar ou machucar alguém (...) aí quando ligam pra mim eu já fico meia nervosa (...)” [Part.03].

“(...) eu tenho um filho que tem problema mental, já é um homi feito né, é aposentado e tudo, mas me dá muito trabalho, principalmente, quando inventa de beber (...) tenho medo dele se envolver com gente que num presta, porque aqui já tem gente assim, é cidade pequena mais já tem muito dessas coisas, de droga, aí fico com medo dele se meter com quem num deve (...) aí eu me preocupo” [Part.06].

“eu tenho um filho que usa droga (crack), que só falta tirar meu juízo por causa disso (...) aí já viu, não tenho sossego na minha casa” [Part. 07].

Como sabido, a drogadição é um problema que atinge todo o mundo. Apesar do foco e o combate às drogas entre os jovens ser maior nos centros urbanos de grande porte, observa-se uma preocupação cada vez maior deste consumo em cidades de médio e pequeno porte (Saldanha, 2011; Silva & Gimenez-Paschoal, 2012). O crescimento no consumo destas substâncias entre os jovens rurais pode servir de explicação, segundo Endlich e Fernandes (2014), para o aumento da violência e do sentimento de insegurança nas pequenas cidades como reforça a fala da Participante 06 *“aqui já tem gente assim, é cidade pequena mais já tem muito dessas coisas”*. Para os autores citados, isso não só preocupa os moradores dessas pequenas cidades como também levanta questionamentos em relação ao futuro destes jovens e sobre as práticas de cuidado existentes nestas localidades. Em relação aos aspectos familiares, se aos demais membros cabem os conselhos, as advertências, é somente à mãe que cabe o cuidado, o zelo, como mostra a Participante 03. Apesar de seu filho de 20 anos já ser casado, quando ele fica “mei danado” por causa da bebida, a esposa recorre sempre a ela para intervir.

“(...) uma vez ele bebeu aí a esposa dele ligou pra mim dizendo que ele tava mei violento, aí butei pra chorar, gritar (...) eu fui lá à noite, porque ele mora aqui perto, ele tava lá dormindo no chão, aí eu levantei ele, coloquei ele na cama, esperei ele dormi, aí quando ele dormiu pronto, eu voltei tranquila, consciente que ele tava dentro de casa (...)pronto, a minha preocupação maior é só isso... só que ele num bebe todo dia não, é só de tempos em tempos (...)” [Part. 03].

Mesmos quando os filhos viram adultos, saem de casa, se casam, o papel de boa mãe, da cuidadora, não abandona as mulheres. No mundo rural, a maior proximidade das casas (visto que, muitas vezes, os filhos moram na vizinhança, “moram logo ali”, “moram bem pertinho”) permite que esse cuidado materno intensivo se perpetue. Para àquelas que não conseguem responder a este papel, desenvolve-se um sentimento de culpa. Segundo Badinter (1985), o sentido de responsabilidade materna presente no papel de boa mãe foi logo transferido para culpa materna, sendo este sustentado por algumas visões de pensamento - entre as quais a psicanálise freudiana - e difundido em toda a sociedade. Cuidar, zelar, proteger são então questões profundamente maternas e não corresponder a este modelo afetivo/normativo remete

a sentimentos de culpabilização e fracasso que decorrem em sofrimento para muitas mulheres.

Tais sentimentos podem ser observados na fala da Participante 07 a seguir.

“(...) se ela (filha) tivesse me avisado desde o começo desse negócio dele com droga eu tinha tirado ele dessa vida, tinha tirado, por isso me culpo muito de num ter ajudado meu filho há tempo, acho que é por isso que sinto o que sinto (...) coração de mãe sofre muito! Por mais que os filhos façam coisas erradas a gente tem que ser por eles (...) com esse problema dele só eu mesmo, que sou mãe, pra aguentar (...)” [Part.07].

Mas a preocupação com o cuidar não está apenas ligada à maternidade. Na verdade, **o cuidado feminino se estende para todos os membros da família**, geralmente, envolvendo os idosos ou familiares doentes como pode ser visto nas falas das Participantes 06 e 08.

“Eu sempre fui uma pessoa muito preocupada com minha família (...) a última agora foi com meu irmão (...) eu soube que ele tava sendo maltratado pelas filhas em Recife, que tava passando fome e tudo (...) eu queria cuidar demais dele, mas eu não posso e isso me deixa muito, muito triste, eu adoeci por causa disso (...) [Part. 06].

“Eu também passei por outro aperreio que foi com minha irmã que teve câncer de mama, ela teve que arrancar o seio aí eu terminava meu serviço e corria pra Mamanguape pra ajudar minha irmã (...) no dia que eu folgava, que era um dia outro não, eu corria pra lá pra ajudar (...) passava o dia todim arrumando as coisas dela, lavando, passando, arrumando o quarto mode poeira, aí quando era de noite é que eu vinha pra casa pra no outro dia ir trabalhar, num tinha descanso (...) [Part. 08].

Assim, é possível perceber que a condição da mulher no contexto rural ainda é permeada por representações provindas de uma sociedade sustentada em aspectos patriarcais tradicionais que reforçam a ideia de natureza feminina ligada ao cuidado e à maternidade. A incorporação e a intensidade com que as mulheres desempenham estas atividades revelam o quanto estas funções definem a subjetividade feminina no meio rural e tornam-se aspectos do seu cotidiano. Ser mãe, cuidadora, é então a principal fonte de sofrimento para as mulheres, colocando as desigualdades de gênero como um importante fator de vulnerabilidade social ao TMC nas cidades rurais.

3. Consequências do sofrimento psíquico feminino

O processo de adoecimento afeta várias dimensões da vida e modifica a forma como as pessoas percebem a si. Estar/Sentir-se doente, por exemplo, tende a ser visto como um “estado incapacitante” pelo fato de, geralmente, estar associado às dificuldades que as pessoas apresentam para realizar tarefas e/ou atividades antes corriqueiras. Apesar de incapacidade não significar debilidade física/motora (visto que pessoas com deficiências conseguem realizar uma série de tarefas) esta tende a ser associada ao corpo, instrumento da força de trabalho. O modo de produção capitalista, segundo Jacques (2008), impõe que os trabalhadores prezem por sua saúde e a capacidade para o trabalho e o se reconhecer trabalhador, para a autora, são elementos importantes na construção de uma identidade psicológica sã ou psicopatológica. No que concerne ao sofrimento mental, Foucault (2012) já demonstrou como a ideologia psiquiátrica ao se apropriar da concepção de loucura enquanto doença, lhe assegurou um caráter desviante, “anormal”, que remeteu às pessoas com sofrimento mental a ideia de seres incapazes para o trabalho e de convívio social. Com base nesta lógica, as pessoas com transtornos mentais têm sido excluídas do mercado de trabalho e desenvolvem, frequentemente, sentimentos de incapacidade e inutilidade.

Destarte, no tocante as mulheres investigadas, não foi de se admirar que a principal consequência trazida por seus sofrimentos fizesse referência primeiramente às **dificuldades e/ou incapacidade para realizar o trabalho diário** como mostra as falas das Participantes 01, 04 e 10.

“(...) eu fico que eu não posso fazer nada, nada (...) eu num fiz mar nenhum serviço (...) num presto pra nada (...) só sei que num fiz mar nada de serviço, de comida, mais nada, mais nada (...) vivo que num posso mais lavar um pano (...)” [Part.01].

“(...) mas olhe, primeiro eu num fazia nada (...) num conseguia fazer nada dento de casa (...)” [Part.04].

“(...) quando eu tenho crise mesmo, eu num consigo fazer nada! [Part.10]

O trabalho se constitui em um elemento centralizador na vida das pessoas. A importância que este assume na constituição da subjetividade e na percepção que a pessoa tem sobre si, por exemplo, pode ser observada na fala da Participante 01 quando diz que por não conseguir realizar as suas atividades domésticas ela “*num presta pra nada*”. Assim, a impossibilidade de realizar suas tarefas diárias causa sentimentos de inutilidade, exclusão e sofrimento. Tais sentimentos podem ser mais agravantes em pessoas idosas, como é o caso desta participante com 73 anos.

O processo de envelhecimento, por si só, já é visto por muitos como incapacitante, mas quando atrelada ao adoecimento pode, segundo Garcia et al. (2005), acelerar o processo de dependência e perda da autonomia. Para estes autores, isto faz com que muitos idosos, mas do que a população geral, se sujeitem à condição de doentes-passivos, disponham de menor recursos pessoais de enfrentamento e fiquem a mercê de cuidados de terceiros. Todavia, é preciso considerar, segundo Silva (2011), que muitos idosos gozam de boa saúde, sendo a condição de doença na velhice influenciada por aspectos socioeconômicos e relacionais, que colocam os idosos com condições precárias de vida em maior situação de vulnerabilidade.

Com relação ao trabalho doméstico, devido suas características de invisibilidade e desvalorização, é preciso considerar neste cenário a possibilidade de causalidade reversa. Ou seja, o fato das mulheres não conseguirem realizar suas atividades domésticas pode ser devido a este ser a razão do seu sofrimento e não a consequência em si. O trabalho doméstico é uma realidade no mundo rural e todas as entrevistadas fizeram menção de realizá-lo, mesmo as com trabalho formal. Enquanto cotidiano feminino, o tempo despendido em sua execução, a sua desvalorização e a sobrecarga advinda desta atividade podem acarretar em várias formas de sofrimento. Estudo realizado por Araújo et al. (2005), por exemplo, já demonstrou a associação entre maiores prevalências de TMC e os afazeres domésticos. A realização deste trabalho e seus efeitos nas vivências das mulheres rurais, será explorada neste estudo mais adiante.

No mercado formal de trabalho, pesquisas também já demonstraram a relação entre os transtornos mentais e a incapacidade laborativa (Andrade et al., 2006; Santos & Siqueira, 2010) bem como razões para a concessão de benefícios assistenciais tipo auxílio-doença (Boff et al., 2002) e/ou aposentadoria por invalidez (Jurado et al., 2013). Em virtude do contrato estabelecido e a legislação vigente que assegura os direitos de saúde do trabalhador, exige-se no mercado formal a comprovação concreta da doença, o que nos casos relacionados ao sofrimento pelo TMC pode se apresentar como uma dificuldade e levar a atitudes discriminatórias como demonstrou a Participante 04. Concursada pela prefeitura, trabalhando como gari, a participante contou que seu afastamento do trabalho não foi bem visto por algumas pessoas da cidade.

“(...) eu passei oito mês sem trabalhar devido a esse meu problema (...) tem muitos que dizem, porque é assim, eu sou do partido que ganhou, aí o povo dizia que eu não queria trabalhar, porque eu queria ser madame e aquilo doía, eu dizia que tinha fé em Deus e em Nossa Senhora das Dores que eu ia voltar a trabalhar e voltei, porque eu nunca fui madame, nem quero ser, eu vivo disso aqui, isso é o meu trabalho, eu num trabalhava porque eu num podia (...)” [Part. 04]

De maneira geral, observou-se que a incapacidade para o trabalho demarca a fronteira entre a saúde e a doença para as mulheres participantes. Dificuldades para a realização das atividades diárias aliadas a banalização do sofrimento, além de gerar conflitos internos e interpessoais, pode contribuir para o aumento dos sintomas. Os reflexos desse sofrimento podem ser observados em outras dimensões da vida das mulheres, acarretando, inclusive, prejuízos internos, com **danos na autoestima e no convívio social** como verificado nas falas das participantes a seguir.

“(...) as minhas vizinhas ficam dizendo que eu era animada, que a gente sempre saía, mas hoje eu não sinto essa vontade (...) quando eu tava bem eu botava o som e ia dançar sozinha no mei da casa (...) eu gostava de me maquiar, eu era muito vaidosa, mas hoje num sinto mais nada (...) ultimamente por causa disso tudo, eu não tenho vontade de sair, pra nada, de fazer nada (...)” [Part. 02].

“(...) eu num saía pra canto nenhum, num saía de dento da minha casa (...) eu não conversava com as pessoas, os vizim não me via, eu não saía da cama, eu era, realmente, na cozinha sentada de dia e de noite chorando (...) era muito difícil” [Part.03].

“(...) eu tinha medo de ir na casa de minha mãe, passei bem oito mês sem ir na casa da minha mãe, que mora ali na rua atrás da igreja, eu num saía nem nas carçada (...)” [Part. 04].

“(...) então era assim eu vivia no mundo só pra chorar, isolada num canto, num queria ficar perto de ninguém, era só eu mesmo (...) tinha dias que eu não queria nem abrir a porta (...) se eu tivesse sozinha eu me sentia bem, não queria ver ninguém, só a minha mãe” [Part.05].

As falas acima mostram que os efeitos que o TMC provoca na vida das mulheres rurais vão além de sintomas difusos e choros imotivados. Baixa autoestima, prejuízos nas relações sociais e no trabalho, sentimentos de inutilidade e solidão, são apenas alguns exemplos. Assim, acredita-se que os cuidados destinados a este transtorno não está unicamente ligada ao controle ou a remissão de sintomas, mas envolve diretamente o modo como as mulheres lidam com esse fenômeno no seu dia a dia e o significado que estes assumem em suas vidas. O cuidado dessas mulheres deve então envolver também aspectos ligados ao apoio emocional. Aspectos individuais, sociais e programáticos de vulnerabilidade podem ser observados neste cenário. A substituição da estrutura assistencial voltada apenas para a doença por intervenções centradas na pessoa e nas suas demandas é apenas o primeiro passo norteador. Ações interdisciplinares e intersetoriais aparecem assim como elementos interlocutores para o desenvolvimento de novas práticas direcionadas ao cuidado integral dessas mulheres.

4.Práticas de Autocuidado

Historicamente, a humanidade foi acumulando conhecimentos acerca dos benefícios que algumas substâncias encontradas na natureza tinham para o tratamento das doenças. O uso de plantas e raízes com fins medicinais, por exemplo, constituiu-se em um saber do senso

comum que foi transmitido de geração em geração e ainda hoje possui relevância no imaginário social, sobretudo em localidades onde há escassez ou deficiências nos serviços de saúde como é o caso das cidades rurais. Assim, **o uso de chás e ervas** entre outros produtos foram relatadas por algumas participantes como uma alternativa para ajudá-las a diminuir/controlar os sintomas.

“(...) aí foi quando o pai do menino chegou e fez esse chá, ahhh, foi de chuchu, agora que me lembro, fez um chá de chuchu, aí eu tomei e parece que abriu mais aquele negócio, aquela agonia foi passando, passando (...) quando foi de tarde ele mandou a mulher fazer o lambedor e eu comecei a tomar e miorei (...) aí quando eu tô meia assim eu tomo chá de chuchu (...) já me ensinaro até chá de alho, que o povo diz que é bom” [Part.01].

“(...) tomei remédio caseiro que minha mãe fez, os vizinhos (...)” [Part.03].

“(...) e aí o povo dizia que isso era fraqueza, dizia pra eu tomar maracujina, pra acalmar os nervos (...) tudo que o povo dizia pra eu tomar eu tomava (...) me disseram também que era bom ovo de pata com mel, aí mandei minha irmã comprar em Mari um monte de ovo de pata, tomei e nada (...) também era chá e mais chá, era tanto chá minha filha, era chá de camomila, de erva-doce, de erva cidreira (...) quando eu fui pra médica lá em João Pessoa eu fui agarrada com uma garrafa de garapa, porque eu achava que ia morrer no caminho minha filha (...)” [Part.04]

No mundo rural, o uso destas substâncias acontece desde muito cedo, constituindo-se em guia para o cuidado desde a infância com histórias e práticas empregadas pelas avós, mães e as conhecidas rezadeiras. A validade no uso de tais recursos tem se perpetuado nestes espaços, haja vista o custo da medicação industrializada, que se comparado a este, é bem superior e muitas vezes abusivo. Enquanto conhecimento do senso comum, nota-se que este é partilhado, especialmente, como uma responsabilidade feminina como pode ser observado nos recortes de fala *“ele mandou a mulher fazer o lambedor”*, *“tomei remédio caseiro que minha mãe fez”*. Tal aspecto remete, mais uma vez, ao cuidado enquanto função feminina.

A busca por outras alternativas informais de cuidado pela população rural também se faz necessária devido à carência de médicos nestas localidades, elemento de vulnerabilidade programática. Apesar do Programa Mais Médicos (Brasil, 2015) objetivar levar um maior número desses profissionais para regiões carentes e longínquas do país, este, como já

apresentado, ainda se mostra insuficiente o que faz com que as pessoas que residam nas cidades rurais recorram, por exemplo, a outros profissionais como foi relatado pela Participante 04.

“(...) é porque tem um farmacêutico em Mari (...) aí teve uma época que eu tava muito agoniada e o povo disse vamo lá (...) porque ele é quase que nem um médico né, pra nós daqui ele é como um médico, vai muita gente daqui pra lá (...)” [Part.04].

Mas, corroborando outros estudos já realizados (Medeiros, 2003; Silveira, 2000) ainda é o uso de medicamento psicotrópico a principal fonte de cuidado empregada no trato ao TMC. O alto consumo destes medicamentos no contexto rural, fato já observado por autoras como Rozemberg (1994), mostra que a medicalização é a prática de saúde mais recorrente para lidar com o sofrimento mental nestas localidades. A crença no poder de cura dos chamados “remédios controlados” condiz com o que Lefèvre (1991) definiu como eficácia e eficiência simbólica do medicamento. Em seu estudo sobre os sentidos atribuídos ao consumo de medicamentos, o autor afirmou que a saúde, concretizada enquanto um “estado” e uma mercadoria aos moldes do pensamento capitalista, foi reificada enquanto uma coisa concreta que deve ser alcançada e buscada constantemente e o medicamento se apresentou como a principal via para garantir e alcançar este objetivo. É o que mostra as falas das participantes a seguir.

“(...) às veis, só faço mesmo é tomar esses comprimidos de pressão, somente (...) quando eu vejo que quer dá aí eu corro e tomo o comprimido (...) só os comprimidos de pressão que é três no correr do dia, e aquele que tomo quando vou me deitar porque eu num consigo dormir direito [Rivotril]. [Part. 01].

“(...) as medicação que eu tomava antes ele já tirou quase tudo, porque eu vou melhorando e vai diminuindo né, hoje eu só tomo o rivotril sublingual, que coloca debaixo da língua, tomo um de manhã e um de noite (...) com ele eu vivo boa, pra o que eu já passei eu vivo boa, graças a Deus (...) eu deixo faltar tudo, mas ele eu num deixo faltar” [Part. 03].

“(...) mas agora que eu passei a tomar esse remédio eu tenho coragem pra tudo (...) agora eu faço tudo, eu varro casa, eu lavo os pano, barro o terrero (...) graças a Deus agora tá todo mundo satisfeito desde que eu comecei a tomar os remédios, eu to melhor, voltei a trabalhar (...)” [Part. 04].

“(...) eu passei a tomar essas medicação (...) agora eu tô me sentindo assim, mais bem melhor, mas antes era só chorando, mas com o tempo, com os remédios, eu fui me

acalmando (...) depois que eu comecei a tomar esse remédio eu fui vendo que as coisas não tava certa e fui melhorando, eu vi que isso era errado (...)” [Part.05].

Como concluiu Lefèvre (1991), para os usuários o medicamento pode até não trazer a cura, a saúde desejada, mas torna-se uma das únicas possibilidades de alcançar um melhor nível de bem-estar, pelo menos aliviando e/ou eliminando os sintomas físicos. Todavia, a complexidade que envolve o sofrimento pelo TMC mostra que essa representação sobre o poder dos medicamentos pode ser confrontada em muitas ocasiões. No caso das mulheres entrevistadas, percebeu-se que a medicação, muitas vezes, não dá conta de sanar os sintomas apresentados, revelando que estas possuem um conjunto de necessidades que não se resumem apenas ao controle da sintomatologia, pois a verdadeira causa do sofrimento continua sem tratamento, sem cuidado.

“(...) ói, quando eu tô com essa agonia eu num durmo não, mesmo cum remédio, eu tomo mais num durmo (...)” [Part. 01].

“(...) eu tomava Amitriptilina, pra dormir, só que com o passar do tempo a Amitriptilina não fazia mais efeito passei a tomar dois comprimidos de 50 mg, e nada, aí ele passou pra Lorazepam, só que o Lorazepam também num tava adiantando de nada (...)” [Part. 02].

“(...) mas mesmo com o remédio as agonia num passa (...)” [Part. 04].

“(...) hoje tomo remédio pra dormir, tomo remédio pra depressão, tomo remédio pra pressão, pra coração, só me enchendo de remédio e nada me serve (...)” [Part. 07].

Isso mostra que a objetivação da saúde, principalmente, associando-a a “não doença” (ou no caso aqui específico, a não manifestação ou diminuição de sintomas) não permite que se perceba a influência que os aspectos sociais e relacionais possuem no processo saúde-doença. No caso das mulheres com TMC, isso faz com que estas, muitas vezes, não consigam enxergar os problemas relacionados às suas condições de vida e às dificuldades diárias como causas do seu sofrimento.

5. *Assistência em saúde*

Historicamente, a falta de recursos e políticas sociais (seja de saúde, de educação, trabalho ou de assistência) caracterizou o meio rural e colocou sua população em maiores situações de vulnerabilidade quando comparada às populações urbanas. A contínua escassez destes dispositivos ao longo do tempo promoveu uma diferença visível entre o meio rural e urbano em termos de escolaridade, pobreza, desemprego, morbidade, entre outros, resultando em estratégias diversificadas a serem empregadas por suas populações em termos de seu enfrentamento.

Em relação à saúde, Universalidade, Equidade e Integralidade são princípios orientadores do SUS, mas sua efetivação tem se mostrado um desafio diante à diversidade territorial brasileira. Como já apresentado, apesar do processo de Municipalização transferir para os próprios municípios a responsabilidade de ofertar e gerir os recursos, os serviços e as ações de saúde prestados em seu território (Brasil, 2011a), a disparidade no porte das cidades bem como as limitações financeiras que os pequenos municípios apresentam não têm permitido que este se efetue de maneira igualitária e justa. Assim, existe uma maior concentração de serviços e ações de saúde nas cidades de médio e grande porte, o que faz com que a escassez e/ou as deficiências em termos estruturais e humanos em saúde sejam realidades facilmente observáveis nas cidades pequenas, especialmente, quando se toma o aspecto do acesso aos serviços (Alcântara & Lopes, 2012; Schuwartz et al, 2010; Travassos & Viaçava, 2007) e, sobretudo, o acesso aos serviços em saúde mental (Luzio & L'Abbate, 2009; Silva, Dimentein & Leite, 2013; Vasconcelos, 2010).

Neste contexto, a população rural precisa encontrar meios que possam permitir a busca pelo seu direito à saúde. No caso das mulheres investigadas, a falta de profissionais médicos, principalmente, no turno da noite, por exemplo, foi trazida como um fator que as leva a **buscar**

atendimentos em cidades próximas quando necessitam, como mostra a fala das participantes a seguir

“(...) essa agonia eu senti de noite e aqui num tem dotô de noite não, num funciona nada não (...) quem adoecê aqui de noite, vai tudo pra Sapé (...) os médico só fica aqui até quatro hora, tem ôto que só até duas hora, é assim (...)” [Part. 01].

“(...) se alguém adocece a noite aqui ou vai pra Mari pra ser atendido por uma policlínica que tem convênio com a prefeitura, pelo SUS, ou para Sapé para o Hospital São Andrade, então se adoecer aqui à noite não tem solução, tem que sair (...)” [Part. 02].

“(...) ói, eu ainda fui uma vez pra Mari pra me consultar disso, quando eu tava bem ruim e também fui pra Sapé, é assim, é o jeito (...)” [Part. 03].

“(...)pra cuidar do meu problema tive que ir pra um médico em Sousa, um que cuida de coisa de cabeça, como é, um neurologista (...) depois soube de outro médico em Campina e fui pra ele e tô com ele até hoje (...)” [Part. 10].

A busca por atendimento em saúde nas cidades vizinhas acontece não só pela falta de profissionais, mas, sobretudo, quando há a necessidade de usufruir de serviços de maior complexidade como, por exemplo, a realização de consultas com especialistas, exames que demandam maior suporte tecnológico ou mesmo a hospitalização, uma vez que nas cidades rurais a oferta de serviços envolve, em sua grande maioria, apenas as ações básicas sob a responsabilidade da ESF. Como disse a Participante 06

(...) assim, quando aqui não pode resolver nossos problemas de saúde (...) essas coisas maiores (...) a gente vai pra João pessoa ou Mamanguape né, (...) tem coisas que a gente faz pelo SUS, mas outras têm que ser particular” [Part.06].

Enquanto diretriz organizativa do SUS, a Regionalização serviria para sanar tal problemática, estruturando – em um município polo - uma rede de atendimento que pudesse abarcar serviços de maior complexidade e que pudesse atender, por meio de uma relação de cooperação, as populações de uma gama de municípios menores existente em dado território (Brasil, 2011a). Contudo, autoras como Machado et al., (2011) já mostraram que a efetividade e o acesso a estes serviços parece depender muito mais dos relacionamentos interpessoais dos usuários - seja via profissionais de saúde ou agentes políticos (vereadores, prefeitos, secretários

de saúde, entre outros, como também ver-se-á adiante), do que da articulação de uma rede regionalizada eficiente, fator que para as autoras contribui para reforçar a visão negativa que existe sobre a organização e o funcionamento do sistema público de saúde.

A necessidade de ir a outras cidades em busca de atendimento gera tanto gastos como desconfortos para os moradores de cidades rurais, pois apesar do deslocamento geralmente ser feito em carros ou ambulâncias disponibilizadas pelas prefeituras locais, realidade já observada por Alcântara e Lopes (2012), quando estes não se encontram disponíveis, é preciso encontrar outras alternativas como ir em carros de vizinhos, parentes e amigos ou alugando-se os chamados “alternativos”. Como mostra as participantes a seguir.

“(...) pra Sapé fui de ambulância, não, a ambulância num tava aqui não, aí eu fui com um vizim que me levô (...) Aí pra mim vim mimbora a ambulância foi buscar (...) é assim, quando ela num tá aí a gente tem que ir em ôto carro (...) mas pra vim simbora se num tiver carro ou a pessoa num tiver dinheiro pra pagar um carro, aí telefona e a ambulância vai pegar (...) vai buscar a qualquer hora (...)” [Part.01].

“(...) eu vou no carro da prefeitura (...) aqui é assim, se precisar tem (...)” [Part. 03].

“(...) nós vamos no carro da prefeitura, ele já me levou lá três vezes (...)” [Part.04].

“(...) sempre tem carro pra levar a gente, pra buscar e quando não tem a gente dá um jeito, pega um alternativo, um táxi, vai com um vizinho, cidade pequena é assim (...)” [Part. 06].

“(...) fui nesses carros de linha né, como é, alternativo! Sai bem cedim, mas só consegui chegar quase indagora” [Part.08].

“(...) eu encontrei uma amiga que faz tratamento com esse mesmo médico em Campina Grande, aí a gente divide as despesas, aí nós vamos no carro dela, aí fica mais fácil (...)” [Part. 10].

Mas, apesar desse deslocamento demandar gastos e tempo, este não é percebido como uma dificuldade pelas participantes, mesmo algumas delas tendo poucos recursos ou mesmo por ter que percorrer uma distância, muitas vezes, superior a 80 km para poder conseguir atendimento.

“(...) pra ir pra João Pessoa, vou bem cedim, o carro sai bem cedim (...)da última vez cheguei lá era umas seis e meia da manhã (...) até que fui atendida logo, fui atendida ia dá umas oito hora (...) fui bem recebida lá (...)” [Part.02].

“(...) Ói, antes eu pensava que fosse mais pior, mas num tem dificuldade não, também num vou dizer que é muito fácil, porque aí eu vô tá mentindo, mas é fácil tudo, chegar no médico, ser atendida, essas coisas, num espera muito, sempre sou bem atendida (...) os menino do carro (motoristas da prefeitura) também são legal, eles já sabem onde eu vou e me levam até lá, não é difícil ir pra lá não (...) o carro sai bem cedim e cedim a gente tá lá (...) [Part.03].

“(...) não acho ruim ter que ir pra João Pessoa, porque sempre tem carro né? Né ruim não” [Part.04].

Além de enfrentar as questões geográficas, o acesso aos serviços de saúde pela população rural também envolve questões burocráticas e organizativas, revelando vários aspectos de vulnerabilidade programática em saúde. **A demora no agendamento das consultas para especialistas** - no presente caso, o médico psiquiatra -, por exemplo, foi uma questão relatada pelas mulheres participantes.

“(...) para o psiquiatra levou uns 20 a 25 dias (...) é em João Pessoa, no CAIS (...) é difícil porque demora, é assim, geralmente você vai pra médica daqui do postinho e ela te dá o papelzinho pra encaminhar, mas aí você tem que ir pra Cajá pra marcar, porque a Secretaria de Saúde é lá, aí às vezes você não encontra vaga pra aquele mês e aí pode passar até dois, três meses pra conseguir (...) tem algumas espécies de doença que demora, se a pessoa tiver que morrer, minha filha, morre (...)” [Part. 02].

“(...) assim, para o psiquiatra demorou uns dois meses pra marcar (...)” [Part. 03].

“(...) a médica daqui até passou um médico assim, do SUS né (...) aí tinha que ir primeiro pra secretaria pra marcar, porque o menino lá tem que dá a assinatura pra marcar a consulta (...) aí eu disse quê saber de uma coisa, eu tenho o meu salário, eu num vô esperar por coisa do SUS não, demora mais, daqui que o rapaz marque pra eu ainda ir (...) fui as minhas custa mesmo (...)” [Part.04].

O fato das cidades rurais apresentarem deficiências no cuidado à saúde mental aliadas à insatisfação com relação à organização e agilidade no funcionamento do sistema público levam algumas mulheres a buscar - por conta própria ou com ajuda de terceiros - atendimento especializado psiquiátrico nos grandes centros e a preferirem os serviços particulares, apesar de suas condições financeiras precárias. Deste modo, além dos possíveis gastos já citados que

possam envolver o deslocamento, estas mulheres também precisam arcar com as **despesas médica e medicamentosa** como é o caso das participantes 02, 03, 04.

“(...) é particular, é caro a consulta, eu pago todo mês 130 reais (...) aí ele já passa a medicação pra aquele tempo, pra não faltar (...) mas é caro, eu fico juntando o dinheiro pra ir, as vezes tiro de um canto e de ôto, pra interá, né (...)” [Part.02].

“(...)pago a consulta e a medicação eu também compro, porque num tem no posto né, mas até que esse num é caro não, esse que tô tomando, ele é bem baratinho, é só uns quatro e pouco, mas antes, os ôto era caro, era 80, 90 e pouco e era mais remédio de manipulação, porque ele achava melhor, o médico achava melhor por causa das minhas condições manipular, porque aí já diminuía muito pra mim, porque ele dizia que era muito pesado pagar as consulta mais a medicação e eu num tinha ajuda de ninguém né (...)”[Part.03].

“(...) os remédios eu comprei tudo minha filha, parece que foi R\$ 180,00, com a consulta foi R\$ 300,00 tudo (...) o tratamento é um ano (...) mas ôi minha fia, mas minha preocupação é ficar boa (...) ôi perante a Jesus, de remédio e de exame eu já gastei pra mais de 400,00 reais e tudo comprando remédio, comprando remédio (...) bom era ter remédio pra gente num precisar pagar, porque carro tem (...) porque é assim, eu recebo 590 e pouco né, se eu num precisasse comprar remédio já ajudava né, faz falta, quer dizer, num faz falta porque é pra minha saúde né, mas se tivesse já sobrava um dinheirinho pra ôtas coisas (...)” [Part.04].

Diante tais condições, percebe-se as dificuldades que a população rural enfrenta para obter acesso aos serviços de saúde. Disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços são fatores que apontam para elementos de vulnerabilidade programática presentes no mundo rural e levantam dúvidas e questionamentos acerca da garantia e proteção dos direitos das populações rurais. Na tentativa de driblar estas necessidades, algumas mulheres se encontram à mercê do **assistencialismo político**. Assim, embora sejam percebidas mudanças, nos últimos anos, em termos de implementação de políticas públicas e garantia de direitos de cidadania no país, nas pequenas cidades do nordeste brasileiro, a cultura “clientelista” – baseada em uma estrutura patriarcal de apadrinhamento - ainda apresenta marcas visíveis com influência nos sistemas político, social e econômico, sendo a concessão de bens e serviços feita, em sua grande maioria, em troca de lealdade político-partidária (Bursztyn & Chacon, 2011; Lima et al., 2011; Pase et al., 2012).

O acesso aos serviços de saúde, aos programas de transferência de renda, bem como à empregabilidade no setor público, por exemplo, tornou-se barganha utilizada pelos políticos em épocas eleitorais nestas cidades que se estende, muitas vezes, por todo o período de gestão. Tal barganha é tão naturalizada no dia a dia das populações rurais, que faz com que os elementos envolvidos não sejam percebidos como direitos a serem garantidos, mas como “boa vontade”, como um “favor” dos governantes. É o que mostra as falas das Participantes a seguir.

“(...) eu fui foi com (...) um vereador daqui, porque o carro da prefeitura tinha ido pra Recife levar uma menina daqui pra se operar por lá, aí foi ele que me levou (...) também, às vezes, quando a gente não consegue comprar o remédio, a gente pede ajuda a ele, que ele ajuda muito a gente (...) quando precisa, ele vai como acompanhante, ele acompanha, ele entra na sala do médico, na sala de cirurgia, uma vez machuquei o joelho e ele que foi comigo, me acompanhou, falou com o médico, ficou comigo na sala de cirurgia, ele faz isso, quando ele percebe que a pessoa tá ruim, pronto, no dia que eu fui pra psiquiatra ele perguntou se eu queria que ele ficasse pra ir comigo, mas eu disse que não precisava até porque ele tá com outras pessoas pra levar pra outros médicos, mas ele é muito atencioso com as pessoas, é uma benção de deus na nossa vida (...)” [Part.02].

“(...) aí ali tem um rapaz, um vereador, que a sogra dele se tratava com um neuro em João Pessoa, aí ele perguntou se eu não queria ir pra ele, aí eu falei que eu ia, se eu tava precisando de uma ajuda né (...)” [Part.03].

“(...) a pessoa vai pra aqui prum rapaz, prum vereador (...) ele se interessa, ele que faz, que agiliza as coisa, a gente manda eles fazer, eles faz (...) já arrumaram cirurgia pra mim de vesícula e tudo (...) agora não, que denunciaram ele mode negócio assim de política, porque ele que tomava conta do povo, mas a irmã dele ficou no lugar dele, e faz a mesma coisa, pra mim e pra muitos que tem por aí (...)” [Part.04].

“(...) porque assim, você deve saber como é cidade pequena né, aqui tudo é política, se você votar em sicrano, você consegue as coisas, mas se não vota fica mais difícil (...) mas a gente deve se agradecido a quem faz pela gente né? Se a gente consegue as coisas com ajuda de uma pessoa a gente deve ser agradecida a ela, é muito feio você se aproveitar da ajuda de uma pessoa e depois ser contra ela (...) porque aqui é assim ou a gente paga do nosso bolso ou a gente conta com a ajuda assim da prefeitura, de um vereador (...)” [Part.06].

“(...) no começo eles (prefeitura) ainda davam a metade da gasolina pra gente ir fazer o tratamento em Campina, mas hoje não dão mais não” [Part. 10].

O sentido paternalista presente na relação gestor-eleitor pode ser percebido pela fala da Participante 02 quando diz que o vereador que a ajuda “é uma benção de Deus” em suas vidas.

Ver-se também que, às vezes, os próprios munícipes reforçam essa relação como mostra este recorte de fala da Participante 04: *“a gente manda eles fazer, eles faz”*. A ideia que parece sustentar tais afirmativas é de que o acesso aos direitos sociais só pode ocorrer por meio desse assistencialismo. Para aquelas pessoas que vivem em melhores condições ou que não “dependem” diretamente dos gestores locais, a atitude já se mostra um pouco diferente como é o caso da Participante 07. Aposentada, com o marido com emprego formal, usufruindo, inclusive, de plano de saúde, ao falar da dificuldade para obter tratamento para o seu filho dependente químico, a participante mostrou seu descontentamento com a política local.

“(...) as coisas ainda ficam pior quando você vive num lugar que num lhe ajudam, porque você sabe filha que cidade pequena é tudo política, por isso eu já disse que num inventem de passar na minha casa não, num quero santinho, num quero nada (...)” [Part.07].

Diante o exposto, é possível perceber que nas cidades rurais há pouca proteção com relação aos direitos de sua população, especialmente, no que concerne ao acesso aos serviços de saúde. As dificuldades para o acesso e utilização destes serviços, embora existentes, é naturalizada enquanto um aspecto ligado ao mundo rural, sobretudo, entre a população mais pobre, servindo para consolidar estruturas de poder baseadas no clientelismo político.

6. Cuidados em saúde mental

A falta de manejo dos profissionais da atenção básica com questões que envolvem a saúde mental já foi discutida por outros autores (Campos, 1999; Ballister et al., 2005; Dimenstein et al., 2005;) mostrando que muitas demandas que envolvem o sofrimento psíquico passam despercebidas aos olhos destes profissionais. O fato é que, como apregoa a visão biomédica, as queixas apresentadas por aqueles que buscam os serviços de saúde são quase sempre relacionadas a sintomas orgânicos, o que dificultaria o reconhecimento destes como fatores de ordem psíquica. Entre as mulheres rurais investigadas, essa realidade, como já discutida, não se mostrou diferente. Assim, os profissionais da saúde tendem geralmente a

explicar e tratar os sintomas com base em **patologias preexistentes**. A Participante 01, por exemplo, uma senhora de 73 anos, relatou que seus sintomas são frequentemente tratados como sinais de hipertensão arterial, problema comum na velhice.

“(...) cheguei lá falei com ela e foro logo olhando minha pressão (...) era aquela agonia, aquela agonia, uma agonia que eu não sei onde era, se era no coração, na cabeça, num sei onde era (...) só sei que meu coração acelerava, dava aqueles supapo, chega doía, aí disseram que era a pressão, aí butaram dois comprimidos debaixo da minha língua, aí eu fui pra doutora (...) aí cheguei lá e contei a ela e ela disse – É a sua pressão - Não falou em mais nada, só que era minha pressão, aí mandou as enfermeira me dá uma injeção (...)” (Part.01).

Um dos elementos que dificulta o reconhecimento de sintomatologias psíquicas é a presença de comorbidades orgânicas, uma vez que estas acabam por centralizar a maior parte das intervenções médicas. A dificuldade que muitos médicos generalistas apresentam com as demandas em saúde mental faz com que estes, ao identificarem sinais e sintomas característicos de desordem psíquica, realizem, na maioria das vezes, **encaminhamentos para os especialistas** como mostram as Participantes 02, 04 e 05.

“(...) quando eu cheguei na médica que sentei ela foi me perguntando o que eu tava sentido, eu disse que não tava sentindo nada, mas já fui me desmanchando (...)porque realmente eu num tava sentindo dor, eu num tava sentindo nada, quer dizer, eu tava com uma dor, mas era uma dor diferente, era uma dor que não dava pra explicar, só que aí eu comecei a chorar, aí ela já disse que eu ia passar por um psiquiatra e por uma psicóloga, aí ela marcou e eu fui no mês passado (...) não passou nada pra mim, só que eu esperasse (...)” [Part.02].

(...) aí eu fui pra médica que tá aí no posto, aí ela passou uns papel, é uns papel, pra eu ir pra uma psicóloga em João Pessoa, então quer dizer que ela encaminhou eu né, pra eu ir” [Part.04].

“(...) primeiro eu fui na médica aqui, no postinho, aí falando lá com ela, ela me encaminhou pra psicóloga (...)” [Part.05].

Em alguns casos, quando há o cuidado prestado pelos médicos da atenção básica este resume-se à assistência medicamentosa na tentativa de remissão dos sintomas ou como observou Medeiros (2003) e Silveira (2000) com uma estratégia empregada para “se livrar logo

da paciente queixosa”. O problema é que, como visto, os remédios nem sempre dão conta de diminuir o sofrimento e as mulheres acabam voltando constantemente aos serviços, alimentando um círculo vicioso de queixa-serviço-medicamento-queixa.

Por outro lado, também é possível que a prescrição de medicamentos psicotrópicos por médicos generalistas esteja escondendo outro dado: a presença nesta população de preconceitos e/ou crenças ainda arraigadas sobre loucura, o que pode dificultar a procura por médicos psiquiatras ou psicólogos, considerados, muitas vezes, pelas classes populares como “médico de doido”. Mesmo com a propagação dos preceitos da reforma psiquiátrica por todo o país, a multiplicação dos CAPS e o maior conhecimento da população sobre o que seria a loucura e os direitos dos pacientes com transtornos mentais, ainda é possível encontrar representações estigmatizadas do sofrimento psíquico associado à loucura e sua exclusão aos manicômios. O medo e a vergonha de se ver “paciente de doença mental”, como pôde ser constatado na pesquisa feita por Moreira (2006) em Fortaleza/Ceará, fazem com que muitos pacientes escondam ou reneguem sua situação em virtude das reações expressas pelas pessoas do seu meio social. Assim, de acordo com a autora, se submeter a um tratamento psiquiátrico pode ser visto como algo pejorativo. A busca pelos médicos generalistas, neurologistas ou de qualquer outra especialidade, pode ser uma alternativa encontrada pelos pacientes para mascarar sua condição. Como pode ser percebido nas seguintes fala da participante 10:

“(...) eu fui pro médico daqui aí ele passou assim um remédio de tarja preta, aí no meu pensamento eu pensei que ele tava era lesando, que o que eu tinha num era nada a ver com o sistema nervoso, porque eu nunca tive isso, nunca fui nervosa! Aí não tomei o remédio, fui pra outro médico em Sousa, um que cuida de coisa de cabeça, como é, um neurologista, aí ele fez uns exames lá comigo (...) a partir daí eu fui fazendo exame atrás de exame, sem saber o que era, fiz tomografia, fiz todo tipo de exame, fiz duas ressonâncias, atééééé chegar à conclusão de que era os nervos, que eu num tinha nada, era só problema de nervos (...)” [Part. 10].

O **incentivo ao uso da medicação** é uma prática percebida entre os profissionais psiquiatras, onde o valor da medicação assume um peso maior para as participantes, mas é

acompanhada por poucas explicações relacionadas ao seu sofrimento, sendo este enquadrado, de maneira geral, à categoria “nervos”.

“(...) a médica de lá não disse nada, só que era nervo, aí passou o remédio e disse pra eu voltar com 60 dias (...)” [Part.02].

“(...) só que os médico de lá não me disse o que era, passava remédio e mandava eu pra casa (...) aí eu fui pra ôto médico lá e ele disse que num era nada, era só o ‘sistema nervoso’ que era muito forte, aí lá eles passaram medicamento, aplicaram soro, acho que colocaram remédio dentro, aí quando eu voltei eu já voltei bem calma, eu voltei, dormi, e foi assim (...)” [Part.03].

“(...) aí fui pra ôto médico em João Pessoa quando eu cheguei lá, contei a minha situação a ele e ele disse assim: minha filha, eu vou passar esse remédio pra você, mas só que isso em você é os seu nervo (...) porque você não tem ideia do que seja problema de coração, porque coração mata né, isso é nervo, só nervo (...)” [Part.04].

“(...) a médica explicou né, que o que eu sentia era dos nervos, porque quando eu contei minha estória a ela, ela já disse logo que era estresse, também só pode né?” [Part.08].

Apesar da orientação da OMS que recomenda que as demandas em saúde mental sejam também de responsabilidade dos serviços da atenção básica (OMS, 2011), observa-se que este nível de atenção ainda possui, para muitas pessoas, somente o sentido de “apoio” aos serviços especializados. No caso do TMC, entre as mulheres com acompanhamento psiquiátrico, a busca pelos serviços primários tende a se resumir à **renovação das receitas medicamentosas**.

(...) e nesses 10 anos (...) pra renovar as receitas eu ia aqui no postinho e a médica que me dava, eu levava a guia anterior e ela renovava” [Part.02].

“(...) uma vez que eu liguei pra ele que num pude ir porque eu tava até com uma virose, e aí eu liguei pra ele e perguntei: _E aí dotô, se a minha medicação faltar? Aí ele disse que eu fosse no meu médico do PSF, e pegasse a receita e comprasse a medicação que num tinha problema, quer dizer, através que ele mandou né? Aí eu já fiz isso, quando eu num pude ir lá eu vou no PSF, mas eu só vou deixar de ir pra ele quando ele disser que num é mais pra eu ir, é melhor” [Part.03].

“(...) aí num tem o retorno? Aí eu fui pro retorno, era de 15 dias, mas eu fui dois dias antes, já fui bem melhor, já fui andando só, aí quando cheguei lá ela perguntou se eu tava melhor, e eu disse que tava, aí ela me disse assim, ói, se você quiser vim, você venha, mas você vá pro seu posto pra renovar a receita médica e comprar seu remédio, mas seu tratamento é aqui comigo e é um ano” [Part.04].

(...) pra conversar sobre esses problemas só com ele mesmo, tem o PSF, mas pra esse eu vou pra cuidar dos outros problemas (...)” [Part.06].

A criação de núcleos de apoio a ESF, como é o caso do NASF, surgiu na tentativa de diminuir essa barreira, principalmente, porque passou a incluir em suas equipes, profissionais da área da saúde mental como os psicólogos. Os chamados apoiadores matriciais teriam, então, por função auxiliar pedagógica e tecnicamente os profissionais da ESF em demandas que estes apresentassem dificuldades de manejo, sendo a saúde mental apenas uma delas (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007). No entanto, é importante salientar que em virtude de tais demandas, o acompanhamento psicológico nos cuidados primários em saúde ainda apresenta certas limitações. Isto porque, muitas vezes, tal acompanhamento tende a reproduzir ações e técnicas próprias da clínica tradicional, com foco somente sobre o indivíduo. Tal procedimento quando transferido para o contexto dos serviços de saúde não apresenta respostas efetivas, pois diferentes são as demandas recebidas e diferentes são as formas esperadas para resolvê-las (Freire, 2010). Assim, até mesmo para estes profissionais, o cenário dos cuidados em saúde mental nos serviços primários se mostra desafiador, pois tende a exigir novas formas de atuação, sendo que muitos deles não se encontram preparados para o que deles se esperam (Freire, 2010; Freire & Saldanha, 2013). Ademais, por ser algo recente na política de saúde, a constituição das equipes do NASF não está presente na maioria das cidades rurais, nem se aplica a todas as equipes da ESF existentes nestas localidades.

Apesar do aumento de vagas de trabalho para psicólogos terem aumentado nestas localidades nos últimos anos, muitas delas ainda se incluem em serviços na área da Assistência Social como o PETI, CRAS e CREAS, estando estes profissionais já sobrecarregados com as demandas deles advindas. Assim, muitos psicólogos que trabalham em cidades rurais, já sobrecarregados com as demandas da assistência social, não conseguem dar conta das demais demandas que envolvem a assistência em saúde, como mostra o relato das participantes a seguir.

“(...) a médica daqui passou pra eu ir pro psicólogo, mas num tô indo não, até porque só tem a menina do PETI e ela num tem muito tempo pra atender a gente (...)” [Part. 02].

“(...) só fui uma vez pra psicóloga do CRAS, porque ela num podia mais, as duas vezes que eu fui ela num veio, porque tinha reunião delas pra lá (...), aí eu disse quer saber, eu num vô mais não (...)” [Part.04].

“(...) fui pra psicóloga que tem aqui, aí quando eu cheguei na psicóloga, aí ela conversou comigo, aí eu passei assim dois meses passando nela, mas só de experiência porque ela era muito ocupada (...)” [Part. 05].

Apesar da abertura de cursos de Psicologia em faculdades do interior, parte dos psicólogos que atuam nas cidades rurais não residem nestas localidades e apresentam, muitas vezes, carga horária de trabalho concentrada em poucos dias de trabalho, o que dificulta o acesso da população ao atendimento. A grande demanda em saúde mental aliada a estas questões organizativas do trabalho do psicólogo nestas localidades contribui, portanto, para o abandono ou mesmo para a não busca por este tipo de cuidado. Ademais, a crença no poder do medicamento funciona como fator negativo para o tratamento psicológico. Como o medicamento é considerado pelas mulheres sua fonte de cura, o fato dos psicólogos não poderem receitá-lo leva algumas mulheres a abandonar o acompanhamento psicológico e buscar o tratamento psiquiátrico.

“(...)a vez que fui pra psicóloga, ela conversava muito comigo, me aconselhava, só que ela me disse que não podia passar remédio pra mim, só o psiquiatra (...)” [Part.02].

“(...)porque eu ia pra essa psicóloga, mas ela só me dava conselho, é bom, ela orienta, mas tem que ter o remédio (...)” [Part.04].

“(...) só que nesses dois meses, ela me disse que eu tava assim muito nervosa, muito perturbada mesmo, aí eu vi que precisava mesmo era do remédio, porque eu não dormia à noite (...)” [Part.05].

Em síntese, pôde-se observar que, em termos de condições concretas, há muitos elementos que contribuem para que as mulheres rurais estejam vulneráveis ao TMC. De natureza individual e social encontram-se a banalização do sofrimento; a invisibilidade de sua relação com aspectos socioeconômicos e relacionais e a força que os papéis tradicionais,

principalmente, os papéis de mãe e cuidadora, assumem neste contexto. Em termos programáticos foi possível perceber a falta de cuidado em saúde mental nestas cidades, o que faz com que as mulheres precisem sair em busca de atendimento especializado em cidades maiores e com alto custos, apesar de sua condição financeira precária; a ênfase no tratamento medicamentoso que não só inviabiliza, mas também questiona a eficácia de outras atividades de cuidado e que aprisiona às mulheres a uma concepção de cuidado centrada apenas na doença. Diante este cenário, é preciso que tais elementos sejam considerados no cuidado ao sofrimento psíquico feminino no mundo rural, de forma que se possa garantir o direito de um verdadeiro cuidado integral as mulheres que ali residem.

Classe temática II - Vivências rurais do sofrimento feminino

O processo do adoecimento também é um processo intersubjetivo, isto é, dotado de sentidos que são construídos e reconstruídos a partir da relação que o sujeito tem consigo e com o mundo (Mori & Rey, 2012). Especificamente com relação ao TMC, acredita-se, sob esta ótica, que o desenvolvimento do seu conjunto de sintomas não é um processo estático, fixado em um único tempo e resultado de causas específicas, mas é uma forma de adoecimento que se desenvolve ao longo da vida apresentando diferentes intensidades e significados a partir das experiências vividas e do lugar que as pessoas ocupam em seu meio social.

Deste modo, no contexto rural, o sofrimento das mulheres com TMC envolve uma gama de elementos de ordem social e intersubjetiva que abarca diversos aspectos da vida cotidiana entre os quais pode-se citar as relações familiares (com seus conflitos conjugais, intrafamiliares e geracionais); a rede de suporte social e as formas de enfrentamento encontradas; os aspectos culturais e sociais que envolvem o dia a dia nas cidades rurais, entre outros. Nesta classe temática, buscou-se envolver as vivências trazidas pelas mulheres rurais relacionadas a estes aspectos, na tentativa de compreender como estes influenciam seus sofrimentos. Ressalta-se, contudo, de que se, por vezes, tais aspectos se apresentaram homogêneos, foi a forma singular

de cada mulher lidar com estes aspectos ao longo da vida que as colocaram em situação de vulnerabilidades ao TMC.

1. Relações conjugais

Não é preciso maior aprofundamento para saber que as relações familiares exercem influência no estado de saúde e no bem-estar das pessoas. A qualidade dos laços, as tensões e conflitos desencadeados pela convivência e as formas que os membros da família encontram para enfrentar tais situações podem se configurar tanto em fatores de proteção como de risco, contribuindo para condições de vulnerabilidade individual e social ao adoecimento mental. Assim, a maneira como as mulheres rurais se relacionam com seus familiares se mostrou relevante para a compreensão do seu sofrimento pelo TMC. Como as participantes deste estudo eram casadas, separadas e viúvas, a referência às relações familiares teve por foco a relação estabelecida com os cônjuges.

Ao partir de uma análise das relações de gênero, entende-se que o matrimônio, corroborando com Saffioti (2002, 2015), é uma instituição que historicamente procurou solidificar a sujeição das mulheres aos homens, pois além de se constituir em dispositivo normatizador dos aspectos sexuais e reprodutivos femininos, auxiliou a garantir essa normatização por meio do confinamento da mulher ao âmbito doméstico. Com base nestes aspectos, observou-se que a relação marido-mulher estabelecida pelas mulheres investigadas é, inicialmente, perpassada pela força dos **papeis sexuais e pela divisão sexual do trabalho**, especificamente, no âmbito do cuidado. Como se observa nos relatos das participantes 04 e 06 a seguir.

“(...) do que sinto, ele num diz é nada, fica só olhando, às vezes me manda eu me tratar, mas nem vai comigo, vai nunca não viu! Bom basta! Nem liga, nem pergunta se eu tô miô! (...) só que ele é daquelas pessoas caladas, na rua ele conversa, ele diz que eu tô doente, se preocupa, mas em casa ele num diz, pra num dizer que não, o ultimo remédio, ele que comprou pra mim (...) mas ele vivia mandando me tratar (...) agora fia, eu faço por esse

homi o que ele num faz por mim! Porque se ele sentir uma dor de cabeça, se eu num tiver remédio em casa eu arrumo e dô pra ele. Quando ele tá doente eu faço chá, eu faço tudo, se ele cair em doença, eu caio em cima dele, agora ele num cai em cima de mim (...)tudo que ele precisar eu faço (...)” [Part.04].

“(...)sobre isso que eu sinto ele num fala nada sabe, ele é muito calado, sabe como é homi né? Ele é um marido bom, um pai bom, mas num gosta muito de conversa não (...) é porque é o jeito dele mesmo assim ser calado, eu que sou besta e me preocupo”. [Part.06].

No contexto rural, onde a ideologia patriarcal ainda dita regras sobre o ser e o agir, a representação de masculinidade e feminilidade tende a ser construída com base no lugar social ocupado por homens e mulheres. A partir dos relatos acima foi possível perceber, mais uma vez, como o papel de cuidadora e o universo doméstico aparecem definidos para estas mulheres enquanto atributos naturais do feminino, de si. Apesar das mudanças sociais que permitiram à mulher alcançar posições no espaço público, mesmo em contextos de trabalho restritos como o são as cidades rurais, a corrente que prende as mulheres ao âmbito privado, do lar e aos papéis de mãe e cuidadora parece ser ainda mais forte, aprisionando-as em uma representação de ser mulher ligada a traços de feminilidade que se mostram inalterados, especialmente, entre as classes mais pobres.

O cuidado, para além da maternagem, mas enquanto um aspecto afetivo relacionado ao outro, foi por elas relatados como sendo o que as diferencia dos maridos. Este, enquanto um traço reprimido aos homens, por exemplo, pode ser percebido na associação que as participantes fazem com o “ser calado” “não gostar de conversa”. Na cultura patriarcal e machista ainda presente em muitas cidades do sertão nordestino, a masculinidade do “cabra-macho” é medida por questões que envolvem virilidade e força, assim, os homens não devem expressar aspectos como emoção, preocupação ou zelo. Isso não significa dizer que os homens não sentem ou não se preocupam com suas esposas e filhos, o que eles não podem é manifestar esses sentimentos, “*sabe como é homi né*”, a mulher é que é “*besta*”. Essa diferenciação universal entre homens e mulheres pode até permitir que o cuidado, como apontou a participante 04, seja expresso pelos homens na rua, para terceiros, mas nunca em casa, onde a

divisão de papéis é imposta de forma rígida. No modelo patriarcal, em casa, cuidar é sempre função feminina.

Assim, se o cuidar no contexto rural está relacionado às mulheres e ao espaço doméstico, aos homens ainda persiste o espaço público e sua principal característica: a de provedor. Papeis sexuais e divisão do trabalho são então duas partes complementares de uma mesma estrutura organizacional familiar e ideológica presente na maioria das famílias rurais e definidoras de relacionamentos conjugais. A intensidade com que esta estrutura é assumida pelas mulheres rurais pode ser observada de maneira mais significativa entre as participantes donas de casa, dependentes financeiramente do marido.

“(...) porque é diferente do que um dono de casa, porque a gente tá aqui pra cuidar e o dono da casa não, tá pra assumir o resto (...)” [Part. 03].

“(...) ele é um bom dono de casa, num deixa faltar nada sabe, porque ele sabe como já foi antes quando a gente passou precisão (...)” [Part.05].

O emprego, pelas participantes, do termo “dono de casa” reafirma não só a função masculina de provedor da família atribuída aos homens, mas também alude à ideia patriarcal de posse, de poder, onde o dono, o proprietário da casa é sempre o marido. Este termo, portanto, diferencia-se de “dona de casa”, que remete à função feminina relacionada ao trabalho doméstico e ao cuidado. A partir dessa diferenciação percebe-se nas vivências conjugais destas mulheres que predomina um modelo hierárquico de submissão feminina que se centra na questão *de quem dá e quem recebe*: O homem dá o sustento à mulher e aos filhos, em retribuição, a mulher dá o cuidado à família e à casa.

Esta questão também pode ser percebida mesmo entre as mulheres com trabalho formal, o que corrobora a afirmativa de Saffioti (2001) de que independência financeira nem sempre significa autonomia feminina. Apesar de algumas participantes relatarem ser concursadas e responsáveis por maior parte do sustento familiar, sua contribuição ainda é vista como complementar, pois a função de prover à casa ainda é do marido (este só não o faz porque está

desempregado ou fazendo “bicos”). É o caso da participante 04, concursada como gari pela prefeitura, cujo relato mostrou que, às vezes, é ela que “banca tudo em casa”.

“(...) o trabalho dele num é fichado, é esses empregam daqui, sabe como é (...) mas se ele num tiver, eu banco tudo, eu boto tudo dentro de casa, banco água, luz, comida, porque o meu dinherim é que o certo” [Part.04].

O problema relatado pela participante reside no fato de que, mesmo sendo o seu “dinnerim o certo”, para ela isso só acontece se “ele num tiver”. Vivência semelhante é trazida também pela participante 09. Concursada pela prefeitura, a participante trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma escola. Afirma que é com seu dinheiro que mantém a casa, porque o marido não tem emprego fixo. Mas assim como a participante anterior, essa função só é exercida por ela às vezes, porque o marido está sem trabalho

“(...) faz 15 anos que eu trabalho lá na escola, depois que eu concurrei, tem tudo certin, décimo, aí é com o dinheirinho que eu ganho que eu mantenho a casa e compro coisa pra mim e pros meus filhos (...) isso quando ele tá sem trabalho (...) mas quem tem a maior parte das despesas sou eu, mas como o trabalho dele agora num é aquele certo, então tem vês que eu que tenho que pagar tudo (...)” [Part.09].

Assim, apesar de homens e mulheres, atualmente, poderem ocupar o espaço público e o privado, a troca de papéis ou mesmo de espaços de trabalho entre eles, no mundo rural, ainda é feita de maneira acanhada e eventual, sobretudo, entre as camadas mais pobres. Diferentemente de estudos que mostram que “o modelo antigo familiar” não condiz com as configurações de família contemporâneas (Negreiros & Feres-Carneiro, 2004) o lugar social que ainda permeia às mulheres rurais, sobretudo as de classe econômica inferior, continua a ser o espaço doméstico, o que mostra que, em alguns contextos, a organização familiar patriarcal e a introjeção dos papéis sexuais diferenciados ainda encontram expressão significativa, se não concreta, mas simbolicamente. Contudo, é sempre possível observar transgressões a estas normas, como mostram as participantes 07 e 09.

“(...) meu marido tem muito cuidado comigo, quando eu tô doente, ele sempre me acompanha quando pode, me ajuda com as coisas em casa, sempre liga pra saber como

eu tô, de manhã quando eu acordo doente, ele diz pra eu ficar deitada que ele ajeitas as coisas, então ele não é ruim pra mim não, ainda é minha sorte (...)” [Part.07].

“(...) eu vejo mãe que se separou do marido, fica se lastimando e aí diz assim: _ eu num tenho emprego, eu num tenho marido, num tenho como criar meus filhos, só se eu for prum cabaré, e eu digo: Gente, quando meu marido me deixou eu tava com três meses de gravidez, pra eu criar meus filhos num precisou de eu ir pra cabaré nenhum e casei essa daí [filha] duas vezes, fiz a maior festa aqui nesse quintal que todo mundo se admirou dizendo como é que eu, uma mulher separada, casou a filha a primeira vez, com uma festa que ficou na história de Mataraca, e quando ela se separou e casou de novo eu fiz outra festa, e se ela casa uma terceira vez eu faço de novo! E vai ser assim, até Deus me conservar com saúde pra trabalhar (...)” [Part. 08]

Em termos de cuidado à saúde e do bem-estar, sabendo-se que a relação conjugal enfrenta vários desafios ao longo da vida, o suporte, o cuidado percebido e efetuado pelos cônjuges pode ser considerado importante para a manutenção do casamento e para o enfrentamento dos fatores estressantes, como é o caso do sofrimento pelo TMC. Cuidar, na relação conjugal, pode ser percebido como expressão de afeto, amor, pelo cônjuge. Com base no relato da participante 07 acima, é possível perceber que diante tudo o que é causador de sofrimento, sua relação com o marido e o apoio recebido deste são para ela fundamentais para lidar com tais adversidades, é “a sua sorte”. Assim, a falta de cuidado masculino quando somada a outros elementos podem comprometer a qualidade do vínculo entre marido-mulher e ser fonte de conflito conjugal e sofrimento para as mulheres. Já para a participante 09, separada do marido há mais de 10 anos, não ter um companheiro não se configurou como uma situação de sofrimento, mas lhe deu forças para criar os filhos sozinha e buscar sempre melhores condições de vida apesar das adversidades, o que mostra que mesmo neste cenário é possível observar atitudes de resistência feminina às normalidades de gênero impostas.

No mundo rural, já foi relatado o quanto o uso de substâncias psicoativas, mais especificamente o **álcool**, tem se tornado um fator de preocupação e problema de saúde pública. Viu-se, anteriormente, que o uso dessas substâncias se mostrou um fator de preocupação para as mulheres em relação aos filhos. No tocante aos cônjuges, o uso do álcool também foi

relatado, mas, desta vez, narrado em forma de insatisfação, como demonstra os relatos das participantes 04, 05 e 06.

“(...) eu gosto dele, mas ele toma uma e eu não gosto, me incomoda sabe, ele num bate em mim, nem nada, se bem que eu num vivo às custas dele, tem meu empreguim, mas me incomoda sabe” [Part. 04].

“(...) ele é ignorante mas é mais quando bebe sabe, aí ele fica muito ignorante, (...) tem dias que ele bebe direto e aí quando isso acontece eu nem durmo com ele sabe, durmo é com as crianças, porque às vezes essa bebida dele me dá é umas coisas sabe, assim, num dá vontade nem de chegar perto dele sabe, me dá é nojo, num quero saber das coisas (...)” [Part.05].

“(...) quando ele bebia, eu não gostava, ele era ruim, mas parou de beber (...)” [Part. 06].

Em revisão da literatura sobre o consumo de álcool e relação conjugal, Lourenço e Fernandes (2011) trouxeram pesquisas que mostraram as implicações deste consumo na satisfação com o casamento, na sexualidade do casal e no aumento de conflitualidade entre os cônjuges. As autoras também apresentaram dados de pesquisas que mostraram que as mulheres, mais do que os homens, tendem a permanecer em casamentos onde seu parceiro faz uso abusivo de álcool, o que remete a explicações relacionadas mais uma vez aos papéis sexuais e desigualdades de gênero. As mulheres, por sua condição de submissão, de esposas boas e obedientes e pela própria concepção cristã do casamento (enquanto uma instituição indissolúvel) as levaria a “suportar” as condições adversas da vida a dois por mais tempo que os homens. Os relatos trazidos acima expressam as queixas e os conflitos que o consumo de álcool pelo parceiro provocam nas relações conjugais destas mulheres. Em alguns casos, mesmo quando não há mais amor, respeito ou companheirismo muitas mulheres continuam ligadas ao compromisso do matrimônio e “vivem por viver” junto ao marido, como ressaltou a participante 04.

“(...) o meu marido é assim, eu gosto dele, mas é assim, a gente vive por viver, porque também já faz 25 anos que moro mais ele” (Part. 04)

Tal situação permanece, inclusive, quando esta relação envolve situações cruéis de abusos de poder, como é o caso da violência conjugal. Diversos estudos já mostraram a relação entre o consumo excessivo de álcool e a violência doméstica (Lourenço & Fernandes, 2011; Saffioti, 2015). Apesar desta relação não ter sido explorada com mais veemência neste estudo, é possível afirmar que o uso do álcool é tido como um dos pré-requisitos para a violência conjugal neste contexto, sendo esta uma situação rotineira no meio social em que estas mulheres vivem, principalmente entre as mulheres dependentes financeiramente dos maridos. Este fato pode ser observado a partir do relato da participante 04 quando disse “*mas ele toma uma e eu não gosto, me incomoda sabe, ele num bate em mim, nem nada, se bem que eu num vivo às custas dele, tem meu empregum*”. Assim, para esta participante é o fato dela ter seu emprego e não depender do marido que poderia justificar o fato deste não ser violento com ela quando ele bebe. Para ela ser independente financeiramente a auxiliaria a romper mais facilmente com uma relação de violência, caso essa existisse.

Todavia, essa associação entre independência financeira feminina e menor vivência de violência conjugal nem sempre se confirma, sendo outros fatores mais decisivos para a permanência destas mulheres nestas relações como será observado mais adiante. Diante a condição de incapacidade para agir diante a situação de violência, algumas mulheres acabam por buscar elementos externos, como no caso do álcool, para justificar a atitude dos maridos e, de certa forma, as próprias razões para elas permanecerem nestas relações. Como relatou a participante 05.

“(...) tudo melhoraria se ele parasse de beber, porque é como eu te disse, ele é uma pessoa boa, mas quando ele bebe, ele fica assim muito nervoso, muito alterado (...)”
[Part.05].

Mas, se o uso do álcool pelos maridos é ou não fator agravante ou mesmo causa, a questão é que as mulheres investigadas relataram serem vítimas de **violência conjugal**.

“(...) ele era muito (...) um negócio pra mim quando ele era moço, mas adepois ele mudou muito (...)” [Part.01].

“(...) ele é meio ignorante (...) ele é ignorante com os filhos e comigo também, muito ignorante, de bater mesmo (...)ele é muito ignorante num vô mentir, porque ele é (...)” [Part.05].

“(...) mulher, meu marido era muito ruim pra mim, judiava muito comigo, batia, batia mesmo em mim (...)” [Part. 08].

“(...) essa mulher que tá na sua frente é muito sofrida num sabe, tem tanta coisa na minha vida, tanta coisa má, errada, já começa pelo marido(...) ele é muito violento comigo (...) ele faz tudo na frente dos filhos, me bate, me xinga, quer nem saber (...)” [Part.09].

Pesquisas, inclusive o estudo I aqui realizado, já mostrou a associação positiva da violência doméstica com o sofrimento psíquico feminino, entre os quais o TMC (Silveira, 2000; Silva et al.; 2015). Como colocou Saffioti (2015), culturas patriarcalistas (como as existentes no interior paraibano) além de potencializarem a continuidade da violência e prolongarem seus efeitos, tendem a silenciá-las dentro do lar. No contexto rural, permanece uma estrutura social que legitima e cultiva este tipo de violência nas relações sociais, sendo, por exemplo, ainda comum se ouvir, no caso da violência conjugal a utilização do ditado “em briga de marido em mulher, ninguém mete a colher”. Crenças relativas à indissolubilidade do casamento, amor incondicional e obediência ao parceiro, fazem com que muitas mulheres nestes espaços não denunciem esse sofrimento e continuem sustentando estas uniões.

No caso da Participante 01, por exemplo - a mais velha entre as participantes – para ela foi até mesmo difícil admitir que o marido era um agressor como se percebe neste recorte de fala: *“ele era um negócio assim pra mim quando era mais moço”*. Questões como negação, vergonha, entre outros fatores, podem, como já dito, contribuir para mascarar tal realidade nestes contextos e subestimar o número de mulheres vítimas desse tipo de violência no mundo rural. Além dos maus tratos físicos, é preciso considerar também as outras formas de violência (psicológica, moral, racial) presentes nestas vivências que envolvem insultos, calúnias, a privação do direito de ir e vir, entre outras situações que, por deixarem marcas “invisíveis” aos

olhos dos outros, provocam grande sofrimento e colocam ainda mais a mulher em situação de vulnerabilidade ao adoecimento mental. Como relaram as participantes 05 e 09.

“(...) às vezes, assim, eu tenho medo dele sabe, porque ele num quer que eu converse com ninguém, quando eu tô conversando com os outros ele briga, ele num quer que eu vá na casa das vizinha, num quer que eu fique nas calçada de ninguém (...) ele é uma pessoa que quer que eu fique só dentro de casa (...)por exemplo, às vezes eu tô conversando com uma pessoa, aí ele chega e eu já mudo, sabe, fico toda errada e venho logo pra casa, sabe, porque eu tenho medo dele fazer escândalo, então eu tenho medo (...)” [Part.05].

“(...) por qualquer coisa ela já tá me rebaixando, tá entendendo, tá falando coisa, até na rua ele sai dizendo, tudo quanto é vizinho escuta aqui o que ele diz, me chama de miséria preta, de rapariga, tanta coisa, tanta coisa (...)” [Part. 09].

Apesar da violência conjugal ter sido relatada por quatro participantes, em suas diferentes faixas etárias, foram as mulheres mais jovens – as participantes 05 e 09 - que mais ressaltaram esta condição enquanto uma vivência cotidiana e como esta afeta suas relações e reflete suas experiências de vida. Assim, alguns elementos relatados por estas participantes precisaram ser considerados nesta análise.

No caso da Participante 05, aspectos psicológicos e morais como medo, obediência, sujeição, dependência, caracterizam sua relação com o marido e se destacaram em sua narrativa. A participante relatou, por exemplo, que o medo que sente do marido é tão grande que, mesmo quando ele não está por perto, ela faz de tudo para “não dá motivos” para ele ficar aborrecido ou desconfiar dela. Como mostra o recorte de sua fala a seguir.

“(...) mesmo quando ele tá em São Paulo, eu num saio de casa de jeito nenhum que é pra num dá motivo do povo falar e ele ficar sabendo de alguma coisa, eu fico com medo, eu tenho um trauma (...) por exemplo, eu vou levar minhas meninas pra creche e só, ou volto pra casa ou vou lá pra minha mãe, aí pra dormir, minha sobrinha que vem dormir comigo, porque eu fico com medo da língua do povo, porque você sabe o que o povo fala de mulher nova e só, aí eu fico pensando e faço tudo pra num dá motivo (...)” [Part.05].

Um dos elementos característicos do sistema patriarcal, segundo Saffioti (2015), é o controle absoluto do homem sobre a mulher nas mais diversas esferas, controle este exercido na premissa desta sempre lhe ser fiel e obediente. A autora, utilizando a noção foucaultiana de

poder, afirma que o poderio masculino só obtém êxito porque este se encontra, primeiramente, diluído no meio social e no campo subjetivo, existindo enquanto força presente tanto nas relações sociais quanto no pensamento e no comportamento submisso manifestado pelas próprias mulheres. Segundo a autora, este poder não surge com o homem agressor e nem é sempre exercido por ele, mas encontra-se dissolvido, presente em diversas fontes sociais que agem em seu nome. É o controle social, praticado pela família, vizinhos e pela sociedade em geral, ao exercer essa função coercitiva e moralista, que garante, assim, o comportamento submisso da mulher e se apresenta como elemento de vulnerabilidade ao sofrimento. É o que mostra a participante 05 quando diz que sua preocupação primeira envolve o “medo da língua do povo” e procura não dá motivos para que falem alguma coisa sobre ela.

Já a participante 09, diferentemente, afirma não ter medo do marido, mas não sabe dizer, inicialmente, o que a mantém nessa relação violenta. Além das constantes agressões psicológicas e raciais, são as agressões físicas as que mais se destacam em sua vivência de violência, a tal ponto de a levarem, várias vezes, a procurar os serviços de saúde local.

“(...) teve um dia que ele me deu um murro aqui deste lado, que ficou desse tamanho, assim, bem inchadão, outro dia, eu num sei o que foi que eu falei, eu sei que eu tava deitada aí ele veio me deu um murro aqui tão grande que chega o sangue desceu (...) uma vez ele me empurrou no calçamento, aí eu bati a cabeça no chão que quando eu bati mexeu com tudo dentro porque eu fiquei zonzinha da cabeça. Aí eu fui pro hospital, o médico passou um remédio e me mandou pra casa, mas até hoje eu sinto aquilo na cabeça, aquela tontura (...) eu disse ao médico só que tinha caído e batido com a cabeça no chão, num disse que foi ele que me empurrou não (...) aí ele passou só o remédio e eu vim pra casa (...)” [Part.09].

Enquanto elemento de vulnerabilidade programática, a “invisibilidade” da violência contra a mulher nos serviços de saúde de modo geral, para autoras como Andrade e Fonseca (2008), apresenta-se em um grande desafio ao cuidado integral e à garantia dos direitos da população feminina. Apesar das marcas físicas – a depender do grau de violência empregado – poderem ser facilmente reconhecidas pelos profissionais da saúde, muitas vezes, segundo estas autoras, estas passam “despercebidas” aos olhos destes profissionais, sendo a detecção

desta violência ainda mais complicada quando envolve apenas aspectos emocionais e psíquicos apresentando-se como um importante fator de vulnerabilidade programática.

Em relação aos serviços primários, em virtude destes serem a porta de entrada dos serviços de saúde, a identificação desta violência deveria ser realizada com mais facilidade. Para Andrade e Fonseca (2008) para que isso seja possível, seria necessário não só mudanças organizativas, mas, principalmente, mudanças técnicas, incluindo tanto a prática como a formação profissional. O fortalecimento do vínculo entre profissionais-usuários, por exemplo, que tanto se estimula desenvolver neste nível de atenção, segundo as autoras, poderia contribuir para estreitar os laços de confiança entre as mulheres e profissionais, de forma a melhorar o diálogo entre eles e garantir um maior acolhimento destas mulheres. Tal relação seria centrada em intervenções ampliadas para uma visão além da perspectiva biomédica baseada em sintomatologias. A realização de atividades interdisciplinares e intersetoriais efetivas viria contribuir com essa visão mais integral e assumir o compromisso de um atendimento ético e político voltado à garantia dos direitos da população feminina.

Outros elementos de vulnerabilidade individual que contribuem para essa invisibilidade também precisam ser considerados nestes espaços. Questões como negação, vergonha, medo do parceiro, entre outros, que, como discutido, estão presentes em algumas vivências de violência feminina devem ser investigadas e reconhecidas pelos profissionais. A participante 09, por exemplo, admitiu que não contou o que realmente tinha acontecido quando buscou cuidados no serviço de saúde e apesar de toda violência já sofrida, também relatou nunca ter ido à polícia. Apesar de nunca ter falado abertamente sobre sua condição, acredita que todos na cidade sabem o que acontece.

“(...) mulher, todo mundo viu, todo mundo perguntava o que tinha acontecido no meu rosto, às vezes, eu até mentia, acredita que eu mentia? Eu dizia que tinha sido uma queda, até minha mãe mesmo perguntou o que tinha sido e eu disse que tinha sido uma queda, mas ela sabia, ela só num me disse e eu num disse a ela, mas ela disse as vizinhas dela e tudo (...) até porque numa cidade pequena dessa, o boato se espalha né? (...)”
[Part.09].

Vergonha dos profissionais de saúde que nas cidades rurais, geralmente, são velhos conhecidos, um vizinho ou mesmo familiar, podem também ser elementos que justifiquem o fato destas mulheres não denunciarem sua situação, contribuindo para a invisibilidade deste fenômeno nos serviços de saúde e policiais locais. Mentir, mascarar, interiorizar, somatizar, sofrer são então as formas encontradas por estas mulheres para lidar com esta situação. Os motivos que levam as mulheres a permanecerem nestas relações violentas são inúmeras e não cabe nenhum julgamento moral. Mas para se tentar compreender algumas dessas razões, é preciso considerar outras variáveis que estão presentes em suas vivências conjugais e familiares. A concepção do casamento e os benefícios dele advindos, por exemplo, são algumas destas questões.

Enquanto ideal de amor e cumplicidade, o casamento com finalidade romântica é uma invenção da modernidade. Criado no seio da revolução burguesa no século XVIII, este vem contrapor a função patriarcal do matrimônio enquanto contrato sexual com fins apenas reprodutivo e econômico (Fávero, 2010; Saldanha, 2003). Escolha do parceiro, amor incondicional a este e satisfação sexual caracterizariam este novo olhar sobre a união conjugal, sendo realçado na literatura e nas artes cênicas como busca da felicidade até os dias atuais. Mas, se atualmente, esta visão sobre o casamento serve para explicar muitas uniões, entre as classes mais pobres, para além da união com a pessoa amada, o casamento ainda é considerado uma forma de melhorar de vida. Vivências de pobreza e abusos sofridos durante a infância, por exemplo, são alguns dos motivos que levam muitas adolescentes a sair de suas casas e buscar cuidados e proteção ao lado de um companheiro. Foi o que aconteceu com as participantes citadas que casaram aos 15 e 16 anos.

“(...) eu tive uma infância bem sofrida sabe e eu pensei assim, se eu casar logo, eu acho que vou ter uma vida melhor, mas foi só uma ilusão mesmo (...) porque eu achava que quando casasse meu marido ia me dar força né, pelo menos pra terminar meus estudos, mas quando casei, fui mimbora pra São Paulo e logo fiquei grávida, aí fica difícil né?”
[Part.05].

“(...) quando eu era adolescente, meu pai bebia muito e ele batia muito na minha mãe, ele corria atrás dela com faca, aí a gente via aquilo tudin, a gente tudo pequeno, meus irmãos tudin, então acho que foi também por isso que casei (...) com 15 anos eu já queria ganhar o mundo (...) com 15 anos eu imaginava ser uma pessoa feliz né (...) aí pronto, engravidei logo também do meu primeiro filho né, que fez 18 anos agora (...)” [Part. 09].

O **casamento na adolescência**, apesar de surgir para estas mulheres como uma alternativa a mudanças nas condições de vida, traz em seu percalço a gravidez precoce colocando-se esta, muitas vezes, como um empecilho à perspectiva das adolescentes de melhorias em termos de escolaridade ou mesmo oportunidades de trabalho. No mundo rural, é comum o abandono da escola pelas adolescentes em função dos novos papéis a assumir: o de esposa, mãe e senhora do lar. A sobrecarga advinda destas novas funções alia-se a realidade do compromisso matrimonial e põem em xeque muitos dos sonhos e projetos de vida almejados pelas mulheres. Como colocou a participante 05

“(...) às vezes, pronto, eu penso muito na minha infância, na minha vida, que eu num tive oportunidade, até nos meus estudos né, (...) porque as meninas da minha sala, que eu estudava, hoje já tão tudo formada, tão tudo na faculdade e eu digo assim ‘pois é, vocês tão aí num caminho tão bom e eu aqui’ e eu acho tão bonito elas tudo formada e digo ‘Ai meu Deus, era pra ser eu também’ (...) então assim, eu dizia ao meu marido direto que queria terminar meus estudos, mas ele dizia que não, que agora eu ia era cuidar dos filhos e o pior é que me butei pra pensar que era mesmo, eu tinha era que cuidar dos filhos (...)” [Part. 05].

Observa-se pelo relato desta participante que o casamento, contrariando a ideia deste como uma estratégia de salvação proposta pelo amor romântico burguês, continua a levar muitas mulheres a se sujeitarem às vontades do marido e a introjetar papéis postos como inerentes a sua condição de mulher. Nestes moldes, o casamento continua a consolidar o controle patriarcal do homem sobre a mulher, especialmente, no que tange aos seus aspectos sexuais e reprodutivos (Saffioti, 2015). Esse controle, muitas vezes, abusivo, como acontece nos casos onde há violência conjugal, traz a ideia de que a mulher é apenas um objeto e que como tal, deve existir apenas em função de e para o homem. O compromisso estabelecido pelo

casamento, por exemplo, serviria para justificar a sujeição das mulheres aos maridos em todos os seus aspectos. É o que mostra a fala da participante 09 a seguir.

“(...) a gente dorme muito distante um do outro, num tem esse negócio de carinho, nem sei nem o que isso comigo (...)se eu falar com ele é que ele fala, também se eu num disser nada, ele num diz nada (...) às vez, a gente passa uns 10 a 15 dias sem nada, né? (...) ele que me procura, porque se depender de mim eu não procuro não (...) ele é carinhoso nesses momentos (...) não com palavras, só carinho mesmo, né bruto não, ele chega se encostando aí pronto (...) eu aceito mulher, é meu marido né? Tem as vontade dele de homi (...) mas ele num tem eu como esposa dele (...) eu vivo com ele só sendo empregada dele, lavo, passo, cozinho, tudo eu faço pra ele sabe, sem maldade, porque acho que meu coração num é mal não (...)” [Part. 09].

O fato da participante 09 aceitar ter relações sexuais com o marido, apesar das vivências de violência relatadas, traz a implicação de duas questões relacionadas a ideologia patriarcal: a primeira faz referência à subordinação estabelecida pelo casamento trazida pelo recorte de fala “ele é meu marido, né”, mostrando que em muitos casos o casamento funciona como dispositivo controlador e de opressão dos homens sobre as mulheres, respaldado por meio do compromisso assumido aos olhos de Deus e dos homens. Relacionado a este dispositivo de controle, a segunda questão faz menção a própria natureza da vivência da sexualidade entre os sexos, cuja expressão só é permitida enquanto vontade e desejo aos homens, cabendo à mulher apenas o papel de satisfazê-lo ou para fins reprodutivos, como pode ser observado no recorte de fala “tem as vontade dele de homi”.

Destaca-se a diferenciação feita pela participante em sua fala em relação ao uso dos termos esposa e empregada. Este último, por fazer alusão ao processo de dominação masculina, expresso na sujeição da mulher ao homem por meio do trabalho doméstico. Já o primeiro pode estar relacionado à posição adquirida por ela aos moldes do casamento romântico burguês, cujo contrato estabeleceria um cuidado e um amor afetuoso por parte do parceiro, mas que a própria realidade por ela vivenciada mostrou que ela não ocupa este lugar. Neste sentido, as relações conjugais das mulheres rurais investigadas apesar de estarem atravessadas pelas questões

econômicas, também resvalam crenças culturais e hegemônicas ligadas ao amor romântico. O caráter fantasioso, por exemplo, que cria uma imagem perfeita do ser amado e a ideia de incompletude e felicidade existente em função do outro (Fávero, 2010) podem ser observadas nas falas destas participantes. Quando a realidade conjugal se mostra de encontro a idealização dessa relação e do parceiro, é comum que surjam sentimentos de frustração, desencanto e sofrimento.

“(...) eu era muito nova, era muita aventura, eu gostava muito de aventura, aí pronto, conheci ele, aí fui me apaixonado, me apaixonando, aí pronto (...) assim, eu só pensava que ele ia ser um homem bom pra mim sabe, jamais eu ia imaginar que ele ia fazer isso comigo, se eu imaginasse (...) nunca pensei dele, assim, em me bater, eu achava que ele nunca ia fazer o que ele faz, nunca ia me bater, nunca ia me esculhambar, ia ser sempre assim do jeito que ele fazia no começo, assim, aquela pessoa carinhosa, aquela pessoa que me dava atenção, ta entendendo (...)” [Part. 09].

“(...) eu não me vejo com mais ninguém sabe, ele foi meu primeiro namorado, assim, eu tive assim uns paquerinhas na escola, mas coisa séria mesmo foi com ele, então ele foi meu primeiro namorado, marido e agora companheiro, então num me vejo sem ele sabe (...)” [Part. 05].

Semelhante a participante 09 que diferencia esposa de empregada, a participante 05 faz diferença entre os termos marido e companheiro. Ao utilizá-los separadamente, acredita-se que a participante relaciona o primeiro ao homem idealizado pelo amor romântico, o homem com quem ela casou e depositou seus sonhos. Uma visão de homem que, pelas próprias circunstâncias de violência por ela já descritas, já não existe mais. Já o segundo, acredita-se que descreve apenas a pessoa de quem ela depende financeiramente e com quem ela precisa dividir, atualmente, sua casa e seus filhos. Assim, uma questão que merece ser ressaltada é que embora as falas das participantes façam menção em determinados momentos aos ideais do amor romântico, pelo menos a ideia de amor incondicional ou mesmo a existência desse sentimento para com o marido não foi por elas relatadas. Isto mostra que não são as crenças ligadas ao amor romântico, àquele que supera todas as adversidades, que justificaria a

permanência destas mulheres nessas relações de violência como poderia se pensar. A participante 09, por exemplo, diante sua condição para com o marido relatou

“(...) o sentimento que tenho por ele, eu nem sei, num tenho nem ideia, só não é aquele do começo (...)” [Part.09].

Neste sentido, quando se trata de violência conjugal é preciso sempre considerar a existência de outros elementos (sociais e programáticos) que, para além do amor, estejam atuando como fatores que contribuem para a permanência das mulheres à situação de violência, como se verá adiante. Já outra vivência relatada pelas participantes no tocante ao seu relacionamento conjugal foi a **infidelidade** do marido.

“(...) assim, eu já passei também muita coisa com meu marido sabe, porque assim, quando eu vim mimbora de São Paulo, ele casou com outra lá sabe, ele se ajuntou, aí foi da vez que eu fiquei doente (...)” [Part.05].

“(...) mulher, ôi, eu morava com ele, aí foi ele me deixou, passei foi tempo, passei uns três anos assim com ele, aí foi ele me deixou, me deixou por outra, mas depois essa outra deixou ele e eu aceitei de volta (...)” [Part. 09].

A infidelidade conjugal, atualmente, se constitui em um dos elementos que põem em risco o casamento, sendo causa de sofrimento para muitas pessoas e razão atribuída à separações e/ou divórcios. Partindo-se de uma análise de gênero, apesar do passar dos anos, esta é mais aceita socialmente quando praticada por homens em detrimento das mulheres. Expressões utilizadas no cotidiano fazem menção a essa aceitação: os termos “garanhão” “pegador”, por exemplo, remontam a ideia de conquistador, *Don Juan*, e é utilizada de forma positiva para se referir aos homens que possuem várias parceiras. Já o termo “galinha”, “piranha” em referência às mulheres sob a mesma condição, traz como sentido a ideia de vulgaridade, de “mulher fácil”. No seio do relacionamento conjugal, a possibilidade de infidelidade tende a ser evitada entre as mulheres, mas vista como uma prática comum entre os homens. No machismo do nordeste brasileiro a expressão “corno” (indicativo de infidelidade feminina) ganha um sentido pejorativo de proporção significativa entre os homens, sendo

inclusive, segundo Saffioti (2015), utilizado para justificar a violência cometida contra as mulheres em nome da honra masculina. Como colocou a participante 05

“(...) aí ele fica com raiva e diz que se eu arrumar outro ele me mata, mas Deus me livre de arrumar outro, morro de medo, eu num tenho essa coragem (...)”[Part. 05].

Deste modo, a rigidez no controle da sexualidade feminina, somado à divisão de papéis e espaços específicos para homens e mulheres, constituem-se em um dos principais expoentes da cultura patriarcal que ainda podem ser observados em muitas relações conjugais e familiares na contemporaneidade. O casamento, enquanto instituição normatizadora continua a ser o principal instrumento desta dominação masculina frente as mulheres. Em termos sociais, **o julgamento e a pressão exercida pelo meio social** para que estas mulheres saiam dessas relações, inclusive, vinda de familiares, foi uma questão apontada pelas participantes. Contudo, existem razões significativas que fazem estas mulheres permanecer nestas relações infelizes e violentas que vão além de uma simples questão volitiva. Mais uma vez, destaca-se o papel materno relacionado ao cuidado com os filhos.

“(...) porque todo mundo na rua falava, por onde eu passava era o povo falando, ficavam dizendo as coisas, que não era pra mim aceitar ele de volta, aí eu dizia ‘é o pai dos meus filhos, num tenho o que fazer, se ele vim, eu tenho que aceitar’, porque assim, eu penso mais nos meus filhos, num penso nem em mim é neles, porque eu fui criada sem pai e minha mãe sofreu muito pra criar a gente (...) ninguém queria que eu aceitasse ele depois daquela confusão com a mulher lá de São Paulo, só minha mãe e meu padrasto que queria, porque ele era pai dos meus filhos, mas do outro lado ficava o povo dizendo pra eu num aceitar, minhas irmã mesmo, eu ficava doidinha da cabeça (...) minha mãe mesmo disse que se eu não aceitasse ele, enquanto ela fosse viva eu num vivia com outro homem, então, quando ele veio nós conversamos, porque, assim, mesmo ele sendo desse jeito eu tenho medo dele me deixar, porque assim, mesmo quando ele me bateu eu já pensei em deixar ele, fica só, mas aí eu paro e penso ‘Meu Deus, eu fui criada sem pai, e meus filhos também, será que eu quero isso’, então eu fico preocupada com isso sabe (...)” [Part.05].

“(...) muita gente vinha me dizer: mulher, deixe esse homi, ele né homi pra tu não, acorda!! cada um que dizia uma coisa, porque via meu sofrimento né, mas eu sempre insisti, sempre insisti (...) eu ainda penso assim um pouco que tô com ele porque ele é o pai dos meus filhos (...) porque me dá alegria é ver que os meninos pensam muito nele, falam muito nele, que quando ele diz que vai embora os menino ficam tudo doido e dizem que vão com ele, mas eu jamais vou dar meus filhos a ele, Deus me livre! Deus me livre mulher! Eu só perco meus filhos pra Jesus!” [Part.09].

Para a participante 05 é possível perceber que os aspectos financeiros se apresentam como um fator determinante para que esta permaneça nesta relação violenta, pois sendo dona de casa e dependente do marido, ela não quer que os filhos passem as mesmas necessidades que ela já passou em sua infância, inclusive, por ter sido criada sem pai. Assim, para esta participante, a relação com este marido-pai remete uma dupla dependência: uma financeira, por ele ser o provedor da família, e uma emocional, ligada ao afeto e criação dos filhos. Além disso, a pressão exercida por sujeitos sociais importantes para ela, como sua mãe e padrasto (de quem ela poderia receber apoio emocional e financeiro em caso de separação, por exemplo) também assume um peso significativo nesta decisão de permanecer nesta relação. Já para a participante 09, que é independente financeiramente do marido, a questão principal gira na preocupação de perder os filhos para o marido em caso de separação. A mera possibilidade de perdê-los a levar a se sujeitar a toda violência sofrida.

Com base nos casos expostos, percebe-se que apesar da condição financeira ter sido um dos motivos que levou estas mulheres a se casarem e ainda ser ainda um fator importante para que elas permaneçam nestas relações de violência conjugal, esta parece ser apenas uma questão mediadora, estando outros fatores mais relevantes envolvidos como é o caso do amor materno. Neste sentido, entende-se que por mais que as participantes possam desejar o seu bem-estar e a se verem livres destas relações, é seu papel de mãe que continua a falar mais alto, onde o cuidado com os filhos se apresenta como prioritário em detrimento de si. Relacionados a estes elementos de natureza social, estão presentes aspectos individuais de vulnerabilidade. Questões culturais advindas da ideologia patriarcal envolvendo a introjeção de discursos repressivos e moralistas atribuído à reputação de mães solteiras ou separadas/divorciadas também são comuns nos espaços rurais e contribuem para as vivências destas mulheres sejam permeadas de conflitos como pode ser observado nas seguintes falas das participantes a seguir.

“(...) minha irmã vive dizendo coisa por causa dessa história do meu marido, aí eu digo assim pra ela ‘Mulher, pare e pense, tu acha que tinha futuro pra mim viver com um e

com outro? (...) eu num queria dá mal exemplo pras minhas filhas, eu tenho três filhos, mas duas filhas mulher e eu num quero dá mal exemplo e nem o mal delas (...)” [Part. 05].

“(...) hoje em dia é muito difícil a gente arrumar uma pessoa de confiança, um homi que queira (...) porque os homi da rua fica com a mulher e sai contando o que acontece e pelo menos ele num sai contando o que acontece. Ele não, ele é o pai dos meus filhos, e é por essa parte que eu também penso (...)” [Part.09].

As vivências de violência e infidelidade expressas pelas participantes, de maneira geral, abalam a relação conjugal e despontam enquanto incertezas (se não do amor, mas da manutenção da relação) o que gera desconfiança e preocupações. Todavia, é a forma singular de vivenciar e de atribuir sentido a estas situações que as caracterizam ou não enquanto fonte de sofrimento. No caso da participante 05, por exemplo, percebe-se que é a dependência financeira e emocional do marido que faz com que a infidelidade deste, tanto quanto a violência sofrida, seja tratada como uma preocupação e sofrimento para ela. Se ele arranja outra mulher, ela fica sem o pai dos filhos e sem o provedor da família.

“(...) ele diz que aqui num dá certo, aqui num tem futuro que ele tem que ir embora pra trabalhar, mas às vezes eu acho que ele vai é arrumar é outra mulher (...)eu boto isso na cabeça, mas ele diz que é pra eu num se preocupar, mas eu não consigo né, eu desconfio, porque chega um momento da pessoa que a gente desconfia né, já gera desconfiança e eu me preocupo dele voltar pra essa mulher ou mesmo de arrumar outra (...)” [Part. 05].

Já para a participante 09, a infidelidade do marido assume outra conotação. Apesar dela não depender financeiramente do marido como a participante anterior, ela admite várias vezes que não tem coragem de sair desta relação. Então, o fato do marido arranjar outra mulher se apresentaria para ela como uma solução para a sua vivência de violência e não um infortúnio.

“(...) eu acredito que ele tenha outra mulher, mas eu nem me importo. Pra mim seria até bom ele me deixar por outra, seria melhor (...) eu penso que pra mim ia até ser melhor, eu ia viver de alegria, sozinha, sozinha não, sozinha assim no modo de dizer, porque eu acho que eu não ia mais sofrer assim desse negócio de apanhar, de me esculhambar, então pra mim eu acho que ia ser melhor (...)” [Part.09].

Os **conflitos** desencadeados por estas vivências mostram que estas mulheres não se sujeitam aos maridos e a sua condição de forma tão passiva. Se elas não conseguem abandonar

concretamente tais relações por força maior de outros elementos, há também forças, vontades e anseios dentro delas que lutam contra estas situações, levando-as se não a questionar, a pelo menos se inquietar diante suas condições. E tais inquietações são expressas na forma de sofrimento, como pode ser observado nos seguintes relatos.

“(...) você que é psicóloga entende mais que eu, mas, às vezes, dá uma revolta tão grande na gente, uma vontade de sair correndo no mundo, de sumir né (...) você pode até achar engraçado, mas quando ele tá lá em São Paulo, eu acho bem melhor, eu me sinto mais aliviada e quando ele tá aqui é assim, é igual a uma prisão (...) eu me sinto dentro de uma prisão, minha mãe até diz que quando ele tá aqui eu pareço um pássaro dentro da gaiola e que quando ele sai parece que cria asa e quer voar (...) eu num sei porque, mas quando ele num tá eu me sinto mais à vontade (...)” [Part. 05].

“(...) eu queria dizer que ele fosse embora, que eu num quero mais ele, que eu quero viver só com meus filhos, mas é isso que não consigo dizer de jeito nenhum, num sai (...) minha vida é desculpa, desculpar, desculpar, por isso estou sofrendo (...)” [Part. 09].

Enquanto relação conflituosa, há àquelas que demonstram maior resistência e acabam conseguindo se libertar desta relação de violência. O suporte social, a quebra de crenças românticas, a possibilidade de expressão desse sofrimento por meio de uma rede articulada de serviços voltados ao atendimento destas mulheres, podem ajudá-las a tomar maior conhecimento da sua dinâmica relacional e de si, para que finalmente possam sair destas relações. Foi o que relatou a participante 08. Depois de 10 anos vivendo com seu marido violento, ela decidiu abandoná-lo.

“(...) ele era muito ruim, muito ruim mesmo pra mim, aí eu disse quer saber, eu num vou morrer no pau de tanto apanhar! Aí eu me separei dele. Ele dizia que eu num tinha coragem de deixar ele porque eu era apaixonada, porque no começo eu achava que se deixasse ele o mundo se acabava pra mim. Só que eu fui conversando com as outras pessoas, fui entendendo direito as coisas, aí eu disse: ahhh é assim? pois destá que ele num vai mais judiar de mim, fiz minhas trouxas, peguei meus filhos e vim simhora (...)” [Part.08].

De maneira geral, observou-se com base nas vivências conjugais descritas que prevalece nas vivências destas mulheres rurais diversas formas de dependências e subordinação (objetivas e subjetivas) feminina ao poderio masculino que influenciam o modo com estas

mulheres se relacionam consigo e com o mundo. Tais vivências no mundo rural, desvelam elementos de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticas explicativos para o sofrimento psíquico destas mulheres nestas localidades.

2. Rede de apoio/suporte social

Especificamente com relação ao TMC, pesquisas já mostraram a associação deste transtorno a eventos estressores familiares e a importância que o suporte familiar e social exerce para a saúde e o bem-estar das pessoas (Lopes et al., 2003; Gomes & Rozemberg, 2000). Em detrimento da relação conjugal, a relação com os **demais membros da família** foi relatada pelas participantes enquanto fonte de apoio - afetivo e emocional - para o enfrentamento do sofrimento e das adversidades da vida. Cabe ressaltar a centralidade na figura das mães, irmãs, filhas, tias e sogras, a qual reafirma a função do cuidado como maciçamente feminina neste contexto.

“(...) eu sei que minha irmã é tudo pra mim! Graças a Deus eu tenho pai e mãe, mas minha irmã é tudo pra mim, só tem eu e ela (...) ela que faz tudo, tudo, tudo, tudo, ela e minha filha!” [Part.04].

“(...) minha mãe ajudava, ela sempre ajudava, a gente ia pra lá e tudo (...) minha sogra também quando era viva, ela ajudava a gente (...) depois que ela faleceu ficou tudo diferente, ficou mais difícil pra gente porque ela me ajudava muito (...) tem uma tia do meu marido também que me ajuda muito (...) eu acho aqui bem melhor, porque eu tenho minha mãe perto de mim, tenho minhas irmã (...) eu acho bem melhor ter minha família perto de mim” [Part.05].

“(...) tem uma irmã minha que eu converso, às vezes, que mora no Rio. Tem dias que Zé tá trabalhando à noite, aí eu ligo pra ela e ela me dá muito conselho (...)” [Part.07].

“(...) ainda bem que tem a minha família, que graças a Deus a gente num vive discutindo, que o povo se admira, falam deu e dela aqui, que nem parece ser mãe e filha, parece ser duas irmã (...) minha filha que cuida de mim (...)” [Part.08].

“(...) minha mãe me ajuda muito, meu pai eu não tenho muito contato não, quando eu vejo é só oi, oi e pronto! [Part. 10].

A incumbência do cuidado familiar à mulher ainda é algo que se pode observar em quase todas as famílias contemporâneas, independente de seus arranjos estruturais e classes sociais. Raramente se observa membros do sexo masculino exercendo a função de cuidadores (seja dos filhos, pais idosos ou de familiares doentes) e quando isto acontece a razão quase sempre alegada é a falta de alternativas para estes, em virtude de não haver membros do sexo feminino que possam assumi-la. Na maioria dos casos, o marido, por exemplo, só se dedica ao cuidado da esposa se estes não tiverem filhos e se esta não tiver mãe, uma irmã ou parente mais próxima. Caso sejam os filhos a cuidar de um dos pais, a responsabilidade, geralmente, recai para a filha, seja ela mais velha ou não que o irmão. Assim, também é comum observar irmãs cuidando de irmãos, nora cuidando de sogros, sobrinhas cuidando de tios, netas cuidando de avós, entre outros. Para além da maternidade, ser cuidadora é então algo que se observa nas vivências femininas, e este papel continua a ser transmitido de geração em geração.

No mundo rural, devido a maior observação da presença da cultura patriarcal, esta realidade pode ser mais frequente no cotidiano das mulheres ali residentes se comparadas às mulheres de centros urbanos. Tais aspectos representacionais, ligados à suposta natureza da mulher, ao coexistir ao lado de condições de vida precárias tendem a aprisionar muitas mulheres rurais ao espaço doméstico e ao exercício de funções tipicamente femininas, como é o caso do cuidado e da maternagem. Apesar de tais representações serem consideradas ultrapassadas diante as conquistas femininas, as mudanças sociais ou mesmo os novos arranjos familiares contemporâneos, estas, como visto, ainda se mostram centrais e justificadoras da divisão sexual do trabalho e da dominação masculina presente no contexto investigado, principalmente, entre as mulheres mais pobres.

Além da família, a rede de apoio social apresentada pelas participantes incluiu as **relações com amigos e vizinhos.**

“(...) minha menina, quando eu tava chorando muito, ela era assim, mocinha, e num sabia bem como agir, se desesperava, mas aí ela chamava os oito vizim e eles vinham

pra cá conversar comigo, ficavam mais eu (...) tem sempre os vizinhos sempre conversando comigo (...)" [Part.03].

"(...) pra cuidar de mim (...) tem uma menina ali, uma conhecida que se chama Luzinete que também me dá muita força, tem minha cumade Célia, Fátima que é minha afilhada que sempre faz minhas coisas (...) então sempre que eu preciso, elas me ajuda (...)" [Part.04].

"(...) minhas vizinhas, graças a Deus, cada uma que vinha aqui conversar comigo (...)" [Part.05].

"(...) dona Maria aqui do lado, ela sabe de tudo (...) porque assim, eu num tenho ninguém assim pra contar o que acontece na minha vida, uma pessoa assim de confiança, aí eu sempre conto a dona Maria, que é minha vizinha, escuta tudo, e tem idade pra ser minha mãe (...)" [Part.09].

Em revisão da literatura sobre o suporte social no contexto da saúde, autores como Rodrigues e Madeira (2009) mostraram pesquisas que afirmaram que quando as pessoas se encontram ou se percebem sozinhas, elas tendem a demonstrar mais sua condição de adoecimento e a sofrer mais com seus efeitos. A existência de apoio social, segundo estas autoras, não só ajudaria as pessoas a adotar comportamentos saudáveis como melhoraria sua capacidade para enfrentar as situações difíceis e dolorosas em que vivem. Neste sentido, para as autoras, o suporte social teria uma dupla função, ora funcionando como um instrumento de prevenção da saúde, ora como fator de tratamento, auxiliando as pessoas em sofrimento a enfrentar melhor suas adversidades. **A importância dessa rede de apoio**, nas dimensões emocional e afetiva, pode ser percebida nas falas das participantes a seguir.

(...) porque pra você ver, quando você tá boa, você num é doente, aparece toda qualidade de amiga pra conversar (...) mas quando você tá doente, num tem ninguém, os amigos se afastam, dão as costas (...) e isso é muito ruim, fica uma coisa ruim aqui dentro (...)" [Part.04].

"(...) como elas [vizinhas] sabem de tudo mesmo né, eu as vezes conto, procuro pra desabafar, porque sinto um alívio, porque elas me dão muito conselho (...) eu acho bom, porque eu fico com um peso, assim, com a cabeça grossa, quando eu num conto as coisas, quando eu num desabafo e quando eu conto eu sempre melhora, alivia mais (...) quando não tem ninguém pra mim contar, quando eu num tenho chances de contar a ela, aí eu começo é a chorar sozinha aqui dentro de casa (...)" [Part.09].

"(...) quando eu converso, quando encontro os amigos, eu me distraio mais, mas quando eu volto pra casa, volta tudo de novo (...)" [Part.10].

O vínculo criado nestas relações é tão forte para algumas mulheres que muitos dos amigos, vizinhos, são considerados tão ou mais importantes que membros da própria família. A confidencialidade e a confiança no outro acontecem, especialmente, quando se trata de situações delicadas em que a pessoa não quer ou não pode compartilhar com membros da família ou mesmo quando os laços familiares não são considerados sólidos o suficiente. No caso da participante 09, por exemplo, sua vivência de violência doméstica é sempre compartilhada com uma vizinha, a qual ela considera como uma mãe.

“(...) pra minha família, eu nem conto tudo sabe, pra evitar de confusão, porque se eu for contar, minha família é grande, aí eu tenho medo de acontecer coisas piores, pra depois eu não me sentir culpada (...)mas minha família num é muito de conversar comigo, porque também eu num sou muito de passar pra eles o que eu sinto, o que se passa comigo (...) porque, às vezes, tem família que, sei lá, num tem aquela aproximação com você pra dizer assim, vamos ser família, vamos ser amigo, vamos ser tudo né, então tem vez que eu sou mais gente de fora do que a própria família (...) dona Maria aqui, por exemplo, considero ela mais do que gente da minha própria família (...) ela sempre sabe o que se passa comigo (...)” [Part.09].

Já para a participante 08, a rede de apoio social é importante, porque segundo ela existem coisas que não se pode contar à família por causa do seu envolvimento.

‘(...) nos de casa num dá também pra conversar, porque tem coisa que num se pode conversar né? Num se pode contar, só pra quem num vive a estória né? [Part. 08].

Nas cidades rurais, onde o acesso a serviços e cuidados em saúde mental são escassos, a existência dessa rede informal de cuidados se mostra significativa pois, frequentemente, é o único instrumento que as mulheres dispõem para ajudá-las a aliviar seu sofrimento cotidiano. Todavia, aspectos culturais relacionados a privacidade e confidencialidade, por exemplo, podem prejudicar a qualidade e a manutenção destas redes. Em localidades muito pequenas, como são as cidades rurais, o fato de “se conhecer todo mundo e tudo que acontece no lugar” faz com que muitas mulheres prefiram sofrer, muitas vezes, sozinhas a compartilhar seu sofrimento com outros.

“(...) se a gente inventa de falar uma coisa com um vizinho quando é de noite a história já ta no mei do mundo, por isso eu sofro sozinha (...)” [Part. 06].

“(...) são as coisas que vão acontecendo com a gente e a gente num tem com quem falar, porque aqui num tem ninguém que seja de confiança, se a gente conta um negócio aqui já contam outra estória ali a um e a outro e aí a gente vai guardando, guardando essas coisas (...)” [Part.08].

A importância que as relações sociais e os dispositivos de suporte social têm para a saúde das pessoas também assume maior significância em contextos específicos como o envelhecimento. Na velhice, as pessoas tendem a enfrentar, com mais frequência, eventos geradores de estresse e sofrimento como, por exemplo, o padecimento de doenças crônicas; morte de familiares e pessoas próximas; diminuição das relações sociais; aposentadoria; entre outros. A forma como os idosos reagem a estes eventos vai depender, além da sua capacidade de resiliência, da existência de suporte social e das suas condições de vida. Assim, deficiências na rede de suporte social somada à condição socioeconômica precária, por exemplo, pode contribuir para que os idosos se encontrem em situação de vulnerabilidade social ao sofrimento mental.

Diante isto, apesar da família ser fonte principal de proteção e apoio, deficiências na qualidade dos laços familiares podem trazer consequências negativas para o bem-estar e a saúde mental das pessoas idosas no mundo rural. O caso da participante 01, por exemplo, retrata o quanto a falta de suporte familiar, sobretudo dos filhos e do neto mais velho de quem ela cuida, é causadora de sofrimento para ela. Aos 73 anos, viúva, a participante relatou que mora e cuida de dois netos, um com cinco anos e outro com 17. Sua filha, mãe destes netos, era quem cuidava dela, mas faleceu há mais ou menos dois anos. Apesar da participante ter outros filhos, relatou que estes não se importam nem com ela nem com sua condição, o que gera sentimentos de abandono, solidão e tristeza.

“(...) num tem ninguém por mim, é somente eu e esse menino [neto de cinco anos], por isso tenho vontade de ir mimbora daqui (...) por isso tenho vontade de vender essa casa, pra ir mimbora pra ôto canto, eu tem, porque eu vivo aqui sozinha, desprezada (...) num tempo desse que me deu um negócio aqui, eu só imaginei amanhecer morta e o que ia ser desse menino aqui (...) minha vida só é essa mais ele assim, ele é minha companhia, primeiramente Deus, mas depois é ele (...) meus filhos sabem tudo, mas

num se importam não (...) meus fio mora tudo longe e as menina tudo longe, só tem uma aqui que é mais perto, no sítio, mas ela aqui nem vem porque tem um bando de minino pra cuidar (...) tem ôto em João Pessoa, mas esse passa é ano sem dá notícia (...)e eles num atende o telefone, aí pronto, já vai fazer quase ano (...) essa menina minha, que mora no sítio, vêi no dia de finados no ano passado, então já vai fazer é ano, foi quando eu vi ela e ela me viu e é assim, aí eu fico triste fia, tem dia que me dá um desgosto tão grande, tem dia aqui que só faltava eu endoidecer, eu imaginava: _ Ai meu Deus eu tive tanto fio, criei com tanto cuidado, com tanto zelo, sofreno pra criar e hoje em dia eu vivo por aqui desprezada (...) eu vivo aqui sozinha, desprezada por aqui porque num tem ninguém por mim não (...) eu choro muito aqui sozinha, me maldigo de viver desprezada (...) amanhece e anoitece só eu mais esse menino (...)” [Part. 01].

As implicações trazidas pela fragilidade dos laços familiares na vivência de mulheres idosas podem tomar proporções significativas. Efeitos negativos podem aparecer quando a relação estabelecida vai de encontro, por exemplo, às expectativas criadas por elas no que tange às representações de relações tradicionais, como “a sagrada relação mãe-filho”. Em contextos onde o papel de mãe assume uma importante posição no processo de subjetividade feminina, como viu ser o caso das cidades rurais, um dos aspectos cultivados pelas mulheres sobre a ideia de maternidade é que, sendo esta uma entrega, um amor incondicional e, muitas vezes, um sacrifício e abnegação, espera-se que os filhos, quando na velhice, reconheçam esse amor materno e as valorizem, retribuindo para elas este amor e cuidado. O não cumprimento deste acordo, por meio do abandono dos filhos, como visto no relato da participante 01 acima, levantaria questionamentos acerca dessa relação e do cumprimento desta mulher do seu papel de boa mãe, o que pode levar a respostas de revolta e sofrimento.

Além disso, outras questões também podem influenciar a qualidade do vínculo mãe-filho, onde é preciso considerar, por exemplo, os **conflitos geracionais**. Segundo Ramos (2002), na maioria das sociedades ocidentais, não há reconhecimento nem valorização no cuidado aos idosos. A ênfase na individualidade, a compulsão pelo trabalho, a falta de tempo e a visão do idoso como alguém incapaz, são alguns dos aspectos que contribuem, segundo a autora, para que a geração mais jovem não assuma ou não queira assumir o cuidado com as

pessoas na velhice. Tais aspectos podem está em desacordo com valores expressos pelos idosos e serem causa de conflitos. Como pode-se perceber na fala da Participante 01.

“(...)o povo novo de hoje num se importa mais não, ninguém vem me ver porque num quer, eu quando tinha minha mãe eu visitava ela direto, eu vinha lá de Café do Vento, lá daquele mei de mundo a pé aqui pra Sobrado, arrastando cinco ou seis meninos, tudo pequeno, porque eu num tinha com quem deixar, e passava de dois a três dia fazendo serviço, só era ela e pai (...)aí vejo essas fia minha, nenhuma tem fio pequeno, já é tudo moça e rapaz e nenhum vem aqui? Naaamm (...)” [Part. 01].

Diante estas vivências, é preciso que os serviços de saúde reconheçam estes elementos no cuidado às mulheres que sofrem com TMC e incluam em sua prática, atividades interventivas que favoreçam o fortalecimento dos laços familiares. Ademais, afirma a necessidade de existir, nas cidades rurais, redes formais e intersetoriais de suporte e cuidado às mulheres rurais, de maneira que possam atender estas mulheres de acordo com suas demandas e singularidades. No tocante as mulheres investigadas, apenas a participante 06 mencionou a existência e a utilização de dispositivos formais de suporte social em sua cidade como forma de enfrentamento ao seu sofrimento psíquico.

“(...)eu participo de um grupo de idosos, é minha salvação esse grupo, lá eu rio, eu converso com as pessoas, eu me distraio, porque aqui num tem muita coisa né (...)” [Part. 06].

Em síntese, o cuidado às mulheres com TMC deve levar em consideração as relações e os vínculos que as mulheres possuem com seus familiares e sua rede de apoio social, pois estes podem ser tanto fator de proteção como de causadores de adoecimento. Ademais, a falta de dispositivos formais de suporte social conjuntamente a ausência de atividades sociais relacionadas à ocupação e o lazer, como ver-se-á adiante, constituem-se em elementos de vulnerabilidade programática presentes no contexto rural, sendo fatores predisponente para o surgimento de sintomas relacionados ao TMC entre as mulheres rurais.

3. Cotidiano rural

Que as precárias condições de vida, atualmente, caracterizam grande parte da população rural já é um fato de conhecimento comprovado e compartilhado por vários pesquisadores sociais. Enquanto cenário coletivo, tais condições não devem ser ignoradas pelas autoridades gestoras locais e revelam a urgência na adoção de políticas públicas que possam envolver e responder as demandas desta população. Mas é somente enquanto vivência intersubjetiva, construída e reproduzida no dia a dia, que se pode compreender como estes aspectos influenciam verdadeiramente o processo de sofrimento pelas mulheres rurais.

Em relação aos **aspectos socioeconômicos**, é inegável sua contribuição para o sofrimento das mulheres pelo TMC (Anselmi et al, 2008; Fonseca et al., 2008; Patel et al., 2006; Patel & Kleinman, 2003). No estudo I aqui realizado, verificou-se, por exemplo, como a renda e sua interação com a escolaridade se mostraram como os principais fatores preditivos ao desenvolvimento de sintomatologias ligadas a este transtorno na amostra investigada. No atual estudo, várias foram os relatos onde estes aspectos apareceram enquanto fatores de preocupação e sofrimento para as mulheres. A seguir, procurou-se condensar outros relatos que se referiram a tais condições e que foram trazidos pelas participantes como uma forma de contextualizar suas vidas e dar sentido aos seus sofrimentos.

“(...) eu já passei por muita dificuldade na minha vida, eu tive quatro filhos e tudo foi parto de risco, três morreram ainda criança por causa das dificuldades, só ficou uma (...)” [Part. 04].

“(...) já passamos muitas necessidades (...) quando elas nasceram sabe, foi um tempo muito difícil, assim, porque, às vezes, eu parava pra olhar ou comprava o leite ou comprava alguma coisa pra casa sabe, e isso era o que me doía mais (...) às vezes eu num saía nem de casa, porque meus filhos ficavam pedindo as coisas e eu num tinha com quê comprar (...) tem dia que eu fico preocupada, porque vai acabando as coisas de casa, a comida, sabe, aí eu já fico preocupada, mas aí minha mãe vem e já percebe e diz ‘vamo lá pra casa, porque o que tiver lá nós come’ (...)” [Part.05]”.

“(...) aqui a gente tem as três aposentadorias, né, a minha, a do meu filho e a do meu esposo, mas quando você vai ver isso num dá pra nada! (...) pra completar eu tenho uma filha que mora no Recife e você sabe que lá as coisas são cara, ela mesmo trabalhando em casa de família num tem como sustentar tudo, então eu ajudo a pagar os 400 reais que ela

paga de aluguel(...) aí com o restante da aposentadoria eu pago minha funerária que é 30 reais, pago na farmácia e assim uma coisinha pra mim quando posso né, uma unha no salão, uma coisa de comer diferente quando tenho vontade, mas no final do mês cadê meu dinheiro?(...)” [Part. 06].

“(...) minha mãe teve 23 filhos, teve uma barriga de gêmeos, então nossa vida sempre foi assim sofrida, chegamos a passar necessidade, quando eu era pequena eu passei muita necessidade, cheguei a desmaiar de fome!(...) também passava necessidade com meus filhos, meu marido gastava o dinheiro todim e não fazia feira nem nada (...) eu ia com eles pra casa de uma tia minha que morava perto de mim (...) eu me valia dela, pra dar de comer a mim e aos meus filhos (...)” [Part. 08].

“(...) quando eu comecei a morar com ele (...) eu passava noites e noites só, ele me deixava num casa véa caída mulher, sem energia, eu mais esse dois menino, tudo pequeno (...) tinha dia, ói, de num ter um pacote de leite, meu pai era que comprava um leitin pros menino (...) eu já tinha meu trabalho na escola, mas era aquela coisa, eu tinha empréstimo, aí quando eu ia receber num tinha quase nada, aí vinha bujão, energia já num tinha mesmo, comprava alguma coisa pros meninos, daí acabava o dinheiro (...)” [Part.09].

Sem desconsiderar a heterogeneidade das experiências trazidas pelas participantes, de maneira geral, observou-se que tais relatos refletiam dificuldades econômicas vividas por elas, pelos próprios pais e pelos filhos, revelando, no mundo rural, uma trajetória de pobreza familiar. Apesar dos avanços no Brasil em termos de melhorias socioeconômicas, a população rural, diferentemente da urbana, ainda sofre com os piores índices de escolaridade e renda, os quais se encontram em grande parte na região nordeste (IBGE, 2011). O descaso dos gestores locais, a escassez de políticas públicas que atendam necessidades básicas, a falta de infraestrutura que permita uma vida digna, por exemplo, contribuem para que essa situação no mundo rural se perpetue com o passar dos anos e das gerações. Vivências de fome; mortalidade infantil em virtude das precárias condições de vida; auxílio financeiro dos familiares para o sustento dos filhos (crianças ou adultos); falta de renda ou contenção de gastos para uso com elementos essenciais à sobrevivência ou em favor dos filhos em detrimento de si foram pelas mulheres relatados. Tais relatos serviram como uma forma de localizar estas mulheres, mesmo que de maneira sucinta, no quadro de desigualdades que vive grande parte da população rural feminina.

A análise destas vivências com base nos aspectos de gênero, mais uma vez, ressalta a centralidade que o papel de mãe e o cuidado com os filhos têm na vida destas mulheres. Ao trazerem as dificuldades financeiras em que vivem, as participantes procuraram enfatizar como estas vivências se impõem como obstáculos à realização deste papel. O auxílio financeiro familiar apareceu como um dispositivo empregado para tentar contornar esta situação, sobretudo, entre as mulheres mais velhas e sobre essa questão é possível tecer algumas considerações. A ajuda financeira familiar torna-se uma prática comum e necessária entre as famílias de baixa renda em razão das condições de desemprego e da precarização do trabalho. Feita geralmente de pais para filhos, em muitos casos, essa ajuda advém do desemprego dos filhos adultos ou das dificuldades que estes possuem em manter um novo lar quando casam ou mesmo em virtude de separações/divórcios, o que acaba por levá-los (conjuntamente com a nova família constituída) a morar com os pais/sogros. Como pode ser observado no relato das participantes 07 e 08 a seguir:

“(...) Meu filho tem 33 anos e tá desempregado (...) eu arrumei uma casinha pra ele ficar, um cantinho pra ele, com uma cama de solteiro, um colchão, um mosquitoireiro, só pra ele dormir, mas ele faz as refeições todas lá em casa, toma café, almoça, lancha, janta (...)” [Part. 07].

“(...) eles moram comigo porque ela casou e o primeiro casamento dela não deu certo, ela se separou, aí eu tive que botar ela dentro de casa, (...) aí ela casou de novo, mas mora todos aqui comigo, ela, meu genro e meus netos (...) mas graças a Deus que ele arrumou esse emprego em João pessoa e graças a Deus minha filha tá trabalhando agora comigo (...) porque tava uma dificuldade grande viu minha filha, cuidar desse monte de gente, tava devendo (...) e era só eu pra aguentar o rojão (...)” [Part.08].

No meio rural, onde a escassez de trabalho é realidade, parte do orçamento familiar gira em torno de benefícios assistenciais e previdenciários. Com relação a este último, dados do último censo demográfico mostrou, por exemplo, que a participação dos idosos na renda familiar tem se mostrado cada vez mais notória no Brasil, sendo esta mais representativa no mundo rural (IBGE, 2011).

Ao se analisar o caso das participantes 06 e 07, é possível perceber a importância que a previdência possui para que estas mulheres possam exercer ajuda financeira aos filhos. Mesmo com todas as dificuldades, as participantes relataram direcionar parte da sua aposentadoria para este fim, o que, diferentemente das mulheres mais novas, significa certa autonomia financeira por parte das mulheres idosas. Com base no que já foi observado sobre como os papéis de gênero e a divisão sexual do trabalho permeiam a relação conjugal destas mulheres, é possível que esta ajuda financeira materna aos filhos aconteça porque o sustento familiar é garantido pelos maridos (nos presentes casos, um aposentado e outro com trabalho formal). Assim, a renda provinda da aposentadoria destas mulheres, mesmo mínima, pode ser utilizada para fins vistos sob sua responsabilidade como são os cuidados com os filhos, com a família e consigo, como mostrou o relato da participante 06.

Nota-se que estas vivências se assemelham ao que Morton (2013) já havia observado entre as mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família. Segundo o autor, a autonomia expressa pelas mulheres beneficiárias no tocante à renda advinda deste programa só é permitida entre aquelas cujo sustento familiar não depende do benefício, funcionando este apenas como um complemento à renda já existente. Diferentemente, como coloca o autor, das mulheres em maior situação de pobreza, onde o benefício torna-se um bem comum e é utilizado para prover à família em suas necessidades mais básicas. É o caso da participante 05, dona de casa, beneficiária deste programa.

“(...) aí tem também esse Bolsa família né, que ajuda muito, eu tiro o Bolsa família e a gente vai sobrevivendo né (...)” (Part. 05).

Assim, entre as mulheres aposentadas há maior autonomia para o uso da sua aposentadoria, podendo ser esta direcionada para coisas para elas, para os filhos ou mesmo para a casa. Cabe destacar, no caso da participante 06 que o motivo por ela alegado para ajudar à filha é o fato desta “*não ter um homi*” (ou seja, um marido/companheiro) que a sustente.

“(...) eu só ajudo ela, porque ela é sozinha, ela num tem um homi, se ela tivesse, eu não precisava ajudar, podia até ajudar, mas com outras coisas né (...) [Part. 06]

Mais uma vez os papéis de gênero se fazem presentes, mostrando que para estas participantes, na falta de um provedor masculino cabe à mulher, enquanto boa mãe, assumir, quando possível, esta responsabilidade em função do amor e do cuidado aos filhos. Todavia, assumir este cuidado sozinha não é uma tarefa fácil como colocou a participante 09. Separada, esta relatou a dificuldade que estava em conseguir sustentar toda a família com apenas o salário que recebia como auxiliar de serviços gerais. As precárias condições de vida em que vivem as participantes refletem tanto a baixa escolaridade e a baixa renda como as deficiências estruturais presentes nas cidades rurais, com destaque para a **falta de trabalho**. Como já discutido, o mundo rural também se caracteriza por um mercado de trabalho restrito e, em sua maior parte, de natureza informal, onde a baixa qualificação de sua população leva a grandes índices de desemprego, sendo ainda fator de êxodo para os centros urbanos maiores, sobretudo da população jovem adulta (Menezes, 2009). Alguns relatos das participantes apontaram para esta problemática.

“(...) aqui é muito pequeno, é uma cidade muito pequena, num tem emprego, pra ninguém não, as pessoas aqui vivem da cerâmica, os homi no caso né, vive da cerâmica, as minina, algumas arrumam trabalho em João Pessoa e quem vive aqui a maioria vive de aposentadoria (...) aí num tem trabalho, num é um lugar grande pra gente procurar trabalho (...)” [Part.03]”.

“(...) eu sou muito só, meu marido viaja muito sabe, você deve saber que em cidade pequena é ruim pra pegar serviço, então ele trabalha e mora em São Paulo (...) ele agora até arrumou um serviço, um bico né, tava fazendo um trabalho prum rapaz, mas agora parou (...) e num era uma coisa certa, tinha vez que ele recebia e outras não (...) aí ele disse que ia embora mesmo, porque aqui num tem do que viver (...) aqui num tem futuro, aqui não tem emprego (...)” [Part.05].

“(...) minha filha disse que no fim do ano ela quer vim simhora, pra cuidar de mim, mas eu penso assim, o menino já se acostumou no Recife, ela também tem seu trabalhim certo, é difícil, é ruim, mas, pelo menos, trabalha e aqui? O que eles vêm fazer aqui se aqui num tem nada pra oferecer? Num vai arrumar nada (...)” [Part.06].

“(...) meu genro mora comigo, só que ele trabalha fora, ele trabalha em João Pessoa, vem só de 15 em 15 dias, num tem trabalho aqui né mulher! (...)” [Part.09].

A falta de trabalho nas cidades rurais ainda faz com que perdure nestes espaços práticas semelhantes ao que se observava nos anos 60 com o processo de industrialização no Brasil, onde para fugir da seca e da pobreza, muitos nordestinos rurais, especialmente os homens, deixavam suas casas e famílias em busca de melhores oportunidades de vida e trabalho nos grandes centros urbanos. Atualmente, diante a conjuntura descrita, esta prática se mantém, se não nos mesmos moldes, mas em períodos sazonais, onde os homens costumam sair em busca de trabalho (mesmo precário) e retornam para casa por um curto período para ficar com a família e desfrutar da renda que conseguiram acumular, num círculo anual de ausência e presença (Costa & Silva, 2011; Silva & Menezes, 2010). A facilidade de locomoção entre as pequenas cidades e os grandes centros facilita esta prática como pode ser observado no relato da participante 09.

Em termos de setor de serviços, além da agricultura, as cidades rurais contam com os pequenos comércios e o funcionalismo público como alternativa para o trabalho. Em relação a este último, na maior parte das vezes, este está associado, de acordo com Santos (2011), com a patronagem política, sendo esta mais frequente quanto menor o município. Todavia, o fato de estar empregado nestas condições, ainda segundo o autor, nem sempre pode indicar melhorias na qualidade de vida das pessoas, pelo menos não a nível subjetivo, haja vista a ansiedade apresentada a cada quatro anos, quando se dá o período eleitoral e a possibilidade de ficarem desempregados. Como relatou a participante 05.

“(...) os emprego que tem aqui é só de prefeitura, mas esse você sabe, já tem as pessoas certas né, as que eles querem, por causa daquele negócio de fulano votou em sicrano aí é assim(...)” [Part.05].

Mas o fato é que a falta de trabalho nestas localidades impõe a algumas mulheres rurais viverem distantes dos maridos e dos filhos, o que desencadeia sentimentos de solidão, preocupação e até mesmo abandono como pode ser observado pelos relatos das participantes

05 e 06 descritos anteriormente. Vivências semelhantes foram observadas nas pesquisas de Costa e Silva (2011) e Silva e Menezes (2010) com trabalhadores migrantes e seus familiares em cidades rurais paraibanas. Para Costa e Silva (2011) *“a migração não é algo tão desejado, pois a mesma causa sofrimento, dor e medo entre os que partem e também entre os que ficam (p.18). Apesar de muitas mulheres rurais também migrarem em busca de melhores condições de vida, geralmente, elas tendem a ficar por causa dos filhos ainda pequenos, pelo fato de ter os demais membros da família por perto e para continuar a cuidar da casa na ausência do marido, como pode ser observado na fala da participante 05 a seguir.*

“(...) fico só imaginando essa ida dele pra são Paulo, porque assim é tão ruim a pessoa só, com as crianças, mas, mesmo assim, eu acho aqui bem melhor, porque eu tenho minha mãe perto de mim, tenho minhas irmã., então eu acho bem melhor ter minha família perto de mim (...)” [Part. 05]

Nesta conjuntura, à maioria das mulheres rurais, sem trabalho formal, restam apenas a agricultura e o **trabalho doméstico**. Este último, além de definir o lugar que as mulheres ocupam historicamente no mundo do trabalho, foram introjetados ao cotidiano rural enquanto uma marca construtora de subjetividade feminina. Assim, o dia a dia das mulheres rurais, envolve em sua maior parte do tempo a realização dos afazeres do lar e serem trabalhadoras domésticas.

“(...) eu me levanto geralmente de quatro hora, de quatro hora eu já tô acordada mode o menino, ele acorda cedo pra tomar mingau, aí levanto, faço o mingau, dô a ele, aí vou barrer o terrêro, quando termino, venho e faço café, aí adepois de fazer o café vou fazer arroz, fazer macarrão, feijão (...) eu só cozinho de três em três dia, mas aí fico fazendo as ôtas coisas (...) faço de tudo, ôi, eu varro casa, eu passo o pano, lavo o prato, faço o cumê, barro o terreiro, lavo banheiro (...) então os serviços de casa eu faço tudo (...)” [Part.01].

“(...) meu dia é assim, eu me levanto, escovo meus dentes, faço café pro meu marido, aí quando ele sai pra trabalhar eu tomo meu café e depois já vou cuidar no almoço, depois fico brincando aqui com minha netinha até o marido chegar pro almoço (...) à tarde dou uma cochiladinha (...) meu dia a dia é esse (...) às vezes vou pro roçado que eu também sou agricultora (...) e é assim, minha vida, meu dia a dia (...)” [Part.02].

“(...) eu faço tudo, eu varro casa, eu lavo os pano, barro o terrêro , pronto, só faz uns 15 minutos que eu cheguei da casa da minha mãe, que fui escolher lá umas fava pra cozinhar (...)” [Part. 04].

“(...) minha filha, meu dia é o de sempre, faço as coisas de casa (...) num tem nada de mais (...)” [Part.06].

Tal condição é observada também entre as mulheres inseridas no mercado formal. Estas, além de já realizarem trabalhos associados ao trabalho doméstico como varrer as ruas, limpar a escola e limpar a pensão (como é o caso da participante 04 que é gari e das participantes 08 e 09 que são auxiliares de serviços gerais) quando chegam em suas casas ainda têm que dar conta dos mesmos afazeres. A dupla ou mesmo a tripla jornada de trabalho é então uma vivência cotidiana para estas mulheres. A sobrecarga advinda do acúmulo de atividades e da falta de remuneração, a monotonia e a repetitividade são elementos ainda característicos deste trabalho e são fatores determinante para o desenvolvimento de sintomas ligados ao TMC como mostrou a pesquisa realizada por Araújo et al., (2005) com mulheres de Feira de Santana/Bahia. Invisibilidade e desvalorização caracterizam este tipo de trabalho e revelam a magnitude que as desigualdades de gênero ainda infligem às mulheres na sociedade contemporânea. Sobre o trabalho feminino na agricultura, percebe-se que este, quando existente, aparece mais como um complemento ou uma extensão do trabalho doméstico já realizado do que um outro lugar de trabalho para as mulheres, como mostrou o relato da participante 02. Neste contexto, é possível afirmar que a função e o local de trabalho da mulher rural restringem-se ao universo doméstico.

A centralidade deste espaço na vida destas mulheres não se dá apenas ao nível concreto, mas, também, ao nível subjetivo, tanto que ser mulher e ser trabalhadora doméstica chegam a ser inseparáveis para elas. Quando a participante 06, por exemplo, relata que o dia dela “*é o de sempre*”, que ela “*sempre faz as coisas de casa*” remete a ideia de que para ela não há outras alternativas, não há outras formas de trabalho ou de expressão de vida para as mulheres rurais além do trabalho doméstico: Fora isso, o que mais se teria para contar? “*Nada demais*”. Assim,

apesar de ser uma condição social e histórica imposta às mulheres pela cultura patriarcal-capitalista, no mundo rural, o trabalho doméstico continua refletindo uma ideia de natureza feminina ligada ao cuidado, reduzindo, simplificando e definindo o ser mulher nesta localidade.

A vida dedicada ao cuidado do outro e do lar dificultam, ou mesmo impedem, o cuidado das mulheres rurais consigo. A falta de tempo, a sobrecarga e a mesmice do dia a dia doméstico quando somadas à **falta de lazer** tornam o viver das mulheres no mundo rural uma monotonia e contribui para o desenvolvimento do sofrimento feminino nestas localidades. As deficiências em relação a dispositivos sociais de lazer, faz com que a televisão seja o instrumento mais citado entre as participantes para o seu divertimento. Na tentativa de driblar esta situação, algumas mulheres ainda encontram outras alternativas, articulando, principalmente, sua rede de apoio social, seja visitando parentes ou encontrando os amigos/vizinhos. As condições financeiras as impedem de realizar atividades mais diversificadas, mas entre aquelas com um pouco mais de renda, há a opção dos bares, lanchonetes e restaurantes da cidade.

“(...) minha felicidade é essa televisão, que eu me assento aí e assisto as novela, aí depois que acaba as novela é que eu vô me deitar (...) num vô pra canto nenhum porque num tem mais quem eu ir (...) adepois que ela (filha) fechou os ói, eu num sai de casa pra canto nenhum na minha vida (...) minha vida é só cuidar desse netinho (...) o divertimento pra eu é só essa televisão (...)” [Part.01].

“(...) Olha, aqui é difícil, porque aqui só tem duas festas por ano, chega o fim de semana que o povo vai pra lanchonete, pra pizzaria, pro restaurante a gente não vai por que a gente não tem condições pra isso (...) à noite assisto as novela (...) aí no fim de semana, às vezes, vô visitar uns parente no sítio (...) mas às vezes a gente vai ali pra barragem, pro açude, junta todo mundo, cada um leva uma coisa (...)” [Part.02].

“(...) meu dia é assim, converso com minhas filhas, com as vizinhas, caminho de tardzinha com minhas amigas (...) meu médico disse também que sempre que eu pudesse ouvisse música, assistisse televisão, aí no fim de semana que o minino ta no sítio, aí vou pra lá passo o dia com eles (...) e assim vô levando (...)” [Part.03].

“(...) aqui num tem nada pra fazer, o interior aqui é fraco, só tem televisão (...) quando não vô na casa de pai desbuiá um feijão, uma fava (...) de primeiro eu gostava de me sentar nas calçadas (...) num vô muito a igreja não, mas faço minhas oração em casa, assisto as novena na televisão, escuto o rádio (...)” [Part.04].

“(...) sempre que posso vou ali no hospital conversar, desabafar (...) quando não vou eu também procuro espalhar as ideias, rezo, leio a bíblia, vou caminhar, tento pensar em outras coisas (...) assisto televisão, leio um pouquinho a bíblia, vou pra reunião dos idosos, é assim (...) vou levando né (...) a vida da gente é assim né, num tem muita coisa pra contar não.” [Part. 06].

“(...) óóói, finais de semana, saio, assim, pra um barzinho, prum aniversário (...) assim, quando tem alguma coisa, quando tem alguma festa na cidade (...) eu sou muito caseira, eu num sou muito pra sair não, mas quando tem, sempre que tem aniversários, festas, da sociedade, eu participo(...)” [Part.10]

A participante 01 foi a que menos demonstrou a utilização de recursos ou atividades de lazer, o que revela a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico de muitas mulheres idosas rurais que se encontram abandonadas pelas famílias, pela sociedade e pelo poder público. Cuidar da casa, do seu neto e ver TV define todo o seu dia a dia e caracteriza o seu sofrimento. A naturalização de tais condições faz sentimentos como tristeza, solidão, apatia, falta de perspectivas e desesperança serem considerados por estas mulheres como inerentes à vida, uma vida que não tem muito a oferecer além do que já foi dado, do que lhe foi posto. Tais sentimentos são aplacados apenas pela existência dos filhos e da família. **Maternidade** – ressaltada pelo lugar que os filhos e família assumem - e **Conformismo** – diante da falta de dispositivos que as ajudem a mudar sua condição, apesar dos desejos de mudança e projetos de vida - foi uma realidade observada não só entre as mulheres mais velhas, mas também entre as mais jovens.

“(...) hoje em dia eu me vejo aqui sozinha, desprezada, eu choro muito aqui sozinha, me maldigo de viver desprezada, amanhece e anoitece só eu mais esse menino (...) eu imaginava : _ Ai meu Deus eu tive tanto filho e neto, criei com tanto cuidado, com tanto zelo, sofri pra criar e hoje em dia eu vivo por aqui desprezada (...) eu vivo desprezada por aqui porque num tem ninguém por mim não (...) quando eu num tô com essa agonia eu ainda fico até mió, eu brinco mais esse menino, eu rio mais ele, mas quando tô com a agonia, num tenho coragem pra mais nada e quando eu tô assim eu passo o dia ali sentada, saiu de um sofá e vô pra cadeira, da cadeira para o sofá e o bichim só me chamando, vamo vovó brincar, mas eu num tenho força (...) todo mundo tem gosto na vida, sorri, brinca, mas eu não, num tenho gosto de nada na minha vida, nunca tive e não tenho gosto na minha vida (...)” [Part. 01].

“(...) tem hora que eu tenho é assim desgosto com a minha vida, mas, na mesma hora, eu nem sei dizer, essa vida da gente, sabe como é que é (...) o bom da minha vida é porque eu ainda tenho pai e mãe, tenho minha irmã que é uma segunda mãe (...) tem minha fia, minha netinha (...)” [Part.02].

“(...) ainda tenho muita vontade de estudar (...) às vezes quando digo que quero voltar a estudar ele fica olhando, aí diz assim ‘e isso tem futuro?’ aí eu digo que se eu quero é claro que tem futuro né, mas ele acha que num tem futuro mais não eu estudar (...) aí ele diz que eu que sei, se eu quiser (...) mas às vezes eu penso que se eu voltar a estudar ele vai ficar dizendo as coisas, vai ficar reclamando, porque ele é daqueles homens machista sabe, ignorante, ele disse que se eu não terminei mais nova, porque que agora era que eu ia terminar? Agora é a vez das menina, das minhas filhas, meu tempo já foi, aí eu fico pensando nisso (...) mas a vida é boa mesmo assim, tenho meus filhos, vivo pelos meus filhos, tenho meu marido, minha casinha, já tá bom né (...)” [Part.05].

“(...) eu sei que num vou viver muito, porque uma pessoa com 73 anos num tem mais o quê contar, o quê viver, porque o que viveu já tá bom demais da conta (...) então a coisa que eu mais queria era morrer e deixar ele encaminhado, tenho medo de morrer e ele ficar largado aí nesse mundo, porque num tem ninguém pra cuidar dele não, com esse problema dele só eu mesmo pra aguentar e eu sei que se isso chegar a acontecer eu num vô tá sossegada, minha alma num vai tá em paz, eu vou sofrer muito sabendo que ele ficou sem ninguém por ele (...)” [Part.07].

“(...) minha família, meus netinhos são a alegria da minha vida (...) os planos que eu tenho pra minha vida eu nem sei, acho que é só me aposentar e ficar dentro de casa, pronto, acho que só, já trabalhei tanto, que quero só sossego (...) a melhor coisa do mundo minha filha é sossego, sossego é ter seu cantinho, ver seus filhos também tudo sossegado no cantinho deles, é a melhor coisa do mundo, então eu quero é isso pra mim, ter sossego na minha vida (...)” [Part.08].

“(...) minha vida é só essa, sofrida, todo dia é esse sofrimento, eu acho que pra mim ter alegria, eu nem sei mais qual foi esse tempo que eu tive essa alegria pra dizer assim hoje eu tô feliz e é isso... (...) no futuro se eu tiver ainda com ele eu tô é morta (...) eu já senti vontade de deixar ele várias vezes, só não deixo porque eu não consigo, na hora que eu quero dizer a ele, num sai, trava, não consigo (...) é porque que nem lhe falei, se eu não tiver ninguém ele vai ficar no meu pé insistindo pra voltar, pra voltar e a força pra dizer que não é tão pouca, minha força é muito pouca (...) eu quero ser uma pessoa feliz, sem ter uma pessoa dizendo que você é A, você é aquilo e aquilo outro, queria ser feliz com meus filhos e pronto! Já é felicidade demais.” [Part.09].

Nas cidades rurais, a ideologia patriarcal quando somada as deficiências econômicas e estruturais presentes nestes espaços influenciam diretamente a percepção que as mulheres têm de si e o sentido que estas dão as suas vidas e aos seus sofrimentos. Diante todo o cenário descrito e de todas as vivências retratadas, o que perdura, de maneira geral, entre as mulheres

rurais investigadas é uma vida de resignação em favor dos filhos. Ser mulher no mundo rural é ser mãe. Suas preocupações, seus medos, seus choros, suas culpas, suas vivências de violências, seus trabalhos, seus cuidados, seus planos e desejos, enfim, suas vidas são sempre neles centrados. Ser mãe é o que dá sentido à vida destas mulheres. Todavia, este sentido não é isento de conflitos. Se por um lado, ser mãe lhes permitem viver em meio a tantas carências (materiais e afetivas) e lhes dão razões para seguir em frente, por outro, as limitam, as aprisionam em um lugar histórico de submissão e opressão e lhes reduzem a uma única possibilidade de ser. Ser mãe faz parte do cotidiano destas mulheres e espelha o seu futuro. Assim, quando mães, as mulheres rurais dedicam suas vidas aos filhos, para elas e para os outros, o tempo de ser algo além “já foi”, mesmo com toda juventude e/ou possibilidades como pôde-se perceber pelo relato anterior da participante 05. Para as mulheres investigadas, o papel de mãe é tanto sua fonte de felicidade como de sofrimento. A falta de dispositivos sociais e humanos que as ajudem a vislumbrar outras possibilidades tornam a condição da maternidade e da dedicação à família como um retrato da mulher rural.

Em suma, é possível afirmar que é a partir das condições sociais e estruturais que demarcam as trajetórias de vida das mulheres e suas relações, é nessa dialética subjetiva cotidiana de ser mulher-mãe, entre sofrer e amar, que se constroem e se manifestam os elementos de vulnerabilidade ao TMC entre as mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Mesmo que você não possa impedir o sofrimento do outro, importando-se irá diminuí-lo”.

(Frank A. Clark)

Panorama e reflexões acerca dos elementos de vulnerabilidade feminina ao TMC no contexto das cidades rurais paraibanas

O TMC configura-se como um quadro de sofrimento psíquico caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que, apesar de não específicos, tendem a aparecer frequentemente na população, em especial, entre as mulheres e as que se encontram em menores condições socioeconômicas. Dado a natureza psicológica e social do problema, a presente tese veio afirmar que o contexto rural - em virtude das carências estruturais e econômicas, das crenças culturais arraigadas em ideologias de dominação masculina como o pensamento patriarcal-capitalista e das deficiências no cuidado e na oferta e uso dos serviços de saúde - apresenta-se como um cenário que contribui para a apresentação deste transtorno e para situações de vulnerabilidade (individuais, sociais e programáticas) entre a população feminina que ali reside.

Inicialmente, ao procurar responder ao seguinte questionamento: Qual a prevalência de TMC entre mulheres residentes em cidades rurais paraibanas?, o estudo I realizado, de caráter quantitativo, veio apresentar a alta prevalência de TMC nesta população. Estiveram associadas e predisseram o aparecimento deste transtorno nas mulheres investigadas - independentemente da idade - fatores socioeconômicos, como escolaridade média e baixa renda, bem como elementos relacionados à submissão feminina e aos papéis de gênero, como a violência doméstica e eventos estressores ligados ao cuidado de si e da família.

Todavia, por entender o sofrimento feminino como um fenômeno social pautado e construído nas relações e desigualdades de gênero, para além de uma investigação simplesmente objetiva e sintomática, como o são as pesquisas de cunho epidemiológico, a presente tese, também procurou verificar e analisar – a partir do relato das experiências vividas - a forma e as repercussões trazidas pelas mulheres rurais com relação ao seu sofrimento psíquico, suas condições de vida, suas vivências e como estas questões contribuem para a vulnerabilidade feminina ao TMC nestas localidades. Para tanto procurou responder, também, às seguintes questões: a) Quais os principais elementos de vulnerabilidade (individuais, sociais e programáticos) ao TMC apresentados pelas mulheres de cidades rurais paraibanas? b) Como as mulheres de cidades rurais paraibanas que sofrem com TMC vivenciam estas condições? Quais recursos as mulheres de cidades rurais paraibanas possuem e utilizam para enfrentar estas condições? Neste sentido, o estudo II realizado, de natureza qualitativa, procurou verificar e aprofundar a discussão de tais aspectos ao apresentar, por meio dos relatos das participantes, alguns cenários e vivências que contribuem para o sofrimento feminino nestas localidades.

De maneira geral, observou-se que o sofrimento pelo TMC apresentado pelas mulheres investigadas veio refletir suas precárias condições de vida: o casamento precoce; os poucos anos de estudo; a difícil condição socioeconômica; a vivência de violência doméstica; o cuidar da casa e dos filhos; a banalização e naturalização do seu sofrimento; os poucos recursos em termos de cuidados em saúde mental, sobretudo, a introjeção de papéis tradicionais como o papel de mãe e senhora do lar; refletiram um pouco a história de vida de cada uma das participantes e apontaram para os principais elementos de vulnerabilidade feminina ao TMC nas cidades rurais. Observou-se também que o sofrimento causado pelo conjunto de sintomas apresentados pelas mulheres incide em todas as dimensões de suas vidas, afetando (e sofrendo também a influência de) seus relacionamentos interpessoais, intrafamiliares e afetivo-sexuais,

sua capacidade para o trabalho bem como suas percepções acerca de si e do mundo. Conflitos conjugais, geracionais e internos foram por elas relatados.

Em termos socioeconômicos, a baixa escolaridade e renda não só se mostraram como fatores desencadeantes para o desenvolvimento dos sintomas em virtude da trajetória de pobreza familiar, como também fatores que dificultam o exercício do papel de mãe, envolvendo, especificamente, o cuidado com os filhos. Partindo-se de uma análise de gênero, a maternagem se apresentou significativa entre as participantes ao se observar a centralidade que os filhos ocuparam no conjunto das preocupações por elas trazidas e atribuídas ao seu sofrimento, seja entre as mulheres mais novas ou entre as mais velhas. Cuidar dos filhos, mesmo quando crescidos e casados, ainda faz parte do papel de boa mãe presente no imaginário destas mulheres. Os afazeres domésticos destacaram-se não só como produto do trabalho feminino, mas como parte inerente à vida rural, sendo este referenciado pelas participantes para exemplificar a mesmice do seu dia a dia e até mesmo como estratégia para driblar a falta de lazer. Isto demonstra que o cuidar, seja da casa ou da família, ainda é um elemento centralizador da subjetividade feminina nas cidades rurais.

As vivências de violência conjugal relatadas pelas participantes permitiram verificar que, para além de uma simples variável de risco, o fenômeno da violência doméstica tende a envolver a influência de uma série de outros elementos de ordem individual, social e programática que, a depender da trajetória de vida de cada mulher, das crenças sociais e culturais compartilhadas e do suporte social existente, aprisionam cada vez mais as mulheres rurais em relações de submissão e opressão como é o caso da pobreza extrema, dos papéis patriarcais tradicionais (que faz a mulher pensar mais nos outros que em si e a se submeter a dominação do marido) e da invisibilidade social e institucional do fenômeno. Isso mostra que tais elementos não podem ser considerados e analisados separadamente, devendo serem discutidos, inclusive, nas práticas de cuidado e saúde em geral. Em relação a presença de

dispositivos de suporte social, observou-se a centralização destes em outras figuras femininas (familiares e ou amigas/vizinhas) reforçando, mais uma vez, o cuidado enquanto elemento modelador da subjetividade feminina no contexto rural. Todavia, aspectos relativos às deficiências nos laços e nas relações familiares, sobretudo, entre os cônjuges, traz a importância de se debruçar sobre os aspectos do sofrimento psíquico feminino como reflexo de uma convivência familiar também sofrida.

Em termos de assistência em saúde, observou-se, por exemplo, que as participantes, de maneira geral, eram mulheres com cuidados em saúde mental restrito ao atendimento médico (generalista e/ou especializado) e à assistência medicamentosa, razão pela qual muitas delas atribuíram o uso do medicamento como principal instrumento para o controle dos sintomas e, conseqüentemente, como responsável pela manutenção da sua saúde, ressaltando-se que o foco da atenção em saúde ainda se dá de maneira individualizada e centrado no saber biomédico. O deslocamento das mulheres para outras cidades em busca de atendimento mais complexos, inclusive, particulares, apesar dos baixos recursos financeiros, revelaram a continuidade das deficiências em termos assistenciais de saúde nestes municípios, que ferem os direitos e os princípios propostos pelo SUS e condenam às populações rurais a continuar vivendo sobre as amarras da estrutura local político-assistencialista. Assim, de maneira geral, foi possível observar que as vulnerabilidades ao TMC apresentada pelas mulheres rurais se traduzem tanto pela carência de bens materiais, afetivos, políticos como de direitos. Mas, foi, especificamente, na introjeção do papel de mãe, que a vulnerabilidade ao TMC nestas mulheres encontrou sua pedra angular. O cuidado do outro, dos filhos, em detrimento de si, perpassou todos os elementos de vulnerabilidade encontrados. Não só ser mãe, mas acima de tudo, ser uma boa mãe se apresentou com uma questão primordial no viver, no sofrer e no prazer destas mulheres. Cuidar dos filhos envolve, portanto, o passado, presente e futuro das mulheres rurais.

Ao tentar contribuir com o debate acerca do sofrimento psíquico feminino, se os dados aqui encontrados, inicialmente, não se apresentam enquanto novidade nos estudos sobre o fenômeno, de maneira geral, permitem revelar a importância de reconhecer o sofrimento pelo TMC enquanto uma questão de saúde pública no contexto rural, cenário ainda pouco explorado no campo da saúde mental e nas pesquisas científicas brasileiras. A escassez de estudos envolvendo aspectos de saúde da população rural se dá, sobretudo, no Nordeste do país, região que, historicamente, apresenta fatores de desigualdades econômica e social que contribuem para o adoecimento. Assim, ao procurar envolver esta problemática enquanto uma questão de direitos de cidadania da população rural, tendo por base o que propõe a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, os dados aqui apresentados também acenam para a formulação de ações de intervenção que levem em conta as diferenças territoriais haja visto que, por seu legado histórico de escassez de recursos (materiais e humanos) e deficiências em termos de políticas assistenciais e de cuidado, as populações rurais se encontraram em maiores situações de iniquidade e vulnerabilidade em saúde se comparada às populações urbanas.

Mas é sua ênfase no sofrimento feminino enquanto produto das relações sociais estabelecidas no mundo rural que este trabalho encontra sua maior relevância. Se as relações de gênero, na atualidade, apresentam avanços em termos de conquistas para as mulheres, de forma em geral, é preciso um olhar mais atento para contextos e vivências onde estas conquistas não são (ou são pouco) observadas. Na verdade, há uma série de espaços e contextos, como as cidades rurais, onde a condição de ser mulher ainda é fator de submissão e sofrimento para grande parte das mulheres, tornando-as reféns e suprimindo outras possibilidades de ser. Isto demonstra que continuam a prevalecer, na contemporaneidade, relações de poder que colocam os homens em um lugar privilegiado em detrimento das mulheres. Tais relações quando não

expressas em sua forma tradicional, encontram-se “travestidas” de novas roupagens como afirmam algumas teóricas feministas.

E se o cuidado se mostrou fator primordial na construção da subjetividade feminina no mundo rural, é por meio do cuidado em saúde que se pode questionar e instigar mudanças nas condições impostas às mulheres rurais. A compreensão do fenômeno do sofrimento feminino pelo TMC por meio do Quadro da Vulnerabilidade permite que as questões do adoecimento mental ultrapassem questões individuais e biologizantes e se debrucem sobre o fenômeno, a partir da ideia de “totalidades compreensivas” como afirmam os defensores desse quadro analítico, onde a subjetividade das mulheres desempenha um papel fundamental. Levar em consideração a percepção, o conhecimento, as relações e as vivências do outro, permite que possam ser construídas ações e estratégias de intervenção que respondam adequadamente às reais necessidade de saúde das mulheres rurais. Nesta perspectiva, pensar ações e estratégias de atuação que levem em conta as diferenças populacionais (envolvendo aqui as diferenças de gênero, de classe, étnico/raciais entre outras) e regionais se coloca como uma questão fundamental e necessária para a busca e garantias dos direitos dessas mulheres enquanto cidadãs, atendendo, assim, o princípio da Equidade como apregoa o SUS.

Enquanto objeto de estudo das ciências humanas e sociais, o estudo do sofrimento feminino pelo TMC no contexto rural por meio do Quadro da Vulnerabilidade no âmbito da Psicologia Social, especificamente, no campo da Psicologia Social da Saúde, se apresenta como uma forma deste campo de conhecimento de superar a visão apenas psicológica do fenômeno, mas de reconhecer sua dinâmica relacional (material e subjetiva) perpassada pelo diálogo existente entre as mulheres e suas experiências de vida, seus saberes, suas práticas e seu contexto, diálogo este que se encontra em constante transformação e cujos sentidos construídos podem ser ressignificados. Também atenta para o compromisso político dos psicólogos sociais com relação à população estudada ao fomentar perguntas e reflexões que exijam mudanças não

só individuais, em termos de sujeitos, mas mudanças sociais e políticas, visando a busca da qualidade de vida e de cidadania a que todos têm direito.

Reconhece-se, contudo, que os dados aqui apresentados não se mostram conclusivos. O recorte transversal utilizado não permite maiores generalizações, fazendo-se necessária a continuidade de investigações sobre os demais elementos presentes no contexto rural que possam influenciar o sofrimento feminino. A possibilidade de investigar o aparecimento do fenômeno do TMC na população masculina e comparar com os achados aqui expostos, poderia reforçar a importância dos aspectos de gênero enquanto fator determinante do sofrimento psíquico no mundo rural. Ademais, a ampliação para outros contextos, como as cidades de médio e grande porte, ou mesmo para o cenário rural do campo poderia oferecer um panorama maior acerca do sofrimento feminino e dos espaços onde há maior desrespeito aos direitos de cidadania e maior necessidade de intervenção. Por fim, diante dos cenários concreto e intersubjetivo retratados, espera-se, com este estudo contribuir com o debate e a melhoria na estruturação dos serviços em saúde mental nas cidades rurais, de forma a proporcionar maiores atenções e cuidados às mulheres rurais que sofrem com o TMC.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, L. R., & Lopes, M. J. M. (2012). Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do Sul do Brasil. *Redes*, 17(1), 94-114.
- Almeida, J. P. de (2010). *As multifaces do patriarcado: uma análise das relações de gênero nas famílias homoafetivas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 116p.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Alves, H. M.C., Dourado, L. B. R., & Côrtes, V. D. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Centro*, 56, 917.
- Ando, N. M., Targa, L. V., Almeida, A., Silva, D. H. S., Barros, E. F., Schwalm, F. D. & Horta, T. C. G. (2011). DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA" O Conceito de rural e o cuidado à saúde". *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 6(19), 142-144.
- Andrade, C. J. M., Fonseca, R. M. G. S. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42(3), 591-5.
- Andrade, L. H. S., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 33(2), 43-54.
- Anselmi, L., Barros, F. C., Minten, G. C., Gigante, D. P., Horta, B. L., & Victora, C. G. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42, 26-33.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 5(3), 337-348.
- Araújo, M. F. M., Almeida, M. I., Cidrack, M. L., Queiroz, H. M. C., Pereira, M. C. S., & Menescal, Z. L. C. (2012). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso-doi: 10.5020/18061230.2008. p. 201. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(3), 201-208.

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 228-233.
- Assis, M. M. A., Villa, T. C. S., & Nascimento, M. A. A. D. (2003). Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência Saúde Coletiva*, 8(3), 815-23.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti -Filho, H., & França-Júnior, I. (2006). Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: S. Campos, et. al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva* (pp.34-52). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V. & Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França-Júnior, I. (2012). Conceitos e práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Azevedo, L. F. M. (2010). *Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN*. Tese não publicada. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.
- Azevedo, L. F. M. (2012). Um estudo sobre a "Doença dos Nervos" para além de um sofrimento incorporado. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 223-235.
- Ballester, D. A., Filippon, A. P., Braga, C., & Andreoli, S. B. (2005). The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Medical Journal*, 123(2), 72-76.
- Bandeira, M., Freitas, L. C., & Carvalho Filho, J. (2007). Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 56(1), 41-47.

- Bastos, A. V. B.; Gondim, S. M. G. & Rodrigues, A. C. A. (2010). Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos? Em: A. V. B. Bastos & S. M. G. Gondim (Orgs.). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Artmed Editora.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., do Val, L. F., ... & Pereira, É. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1326-1330.
- Bezerra Jr, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro. Edições Graal.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15(1), 28-50.
- Boff, B. M., Leite, D. F., & Azambuja, M. I. R. (2002). Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 36(3), 337-342.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80
- Bourdieu, P. (2002). *A dominação masculina*. Maria Helena Kühner (Trad). 2^a Ed. Editora Bertrand Brasil.
- Botega, N., Chachamovich, E., Stefanello, S., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31.
- Brasil. Controladoria Geral da União. Secretaria Federal de controle interno (2012). Relatório de avaliação da execução de programas de governo, no 7: *Programa Bolsa Família – transferência de renda diretamente às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Programa Mais Médicos*. Disponível em: www.saude.gov.br Acesso em 14 de julho de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014b). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vol 01, ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. 116p. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2012a). *Saúde Mental em dados 10*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> Acesso em 28 de setembro de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. (2012b) Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil* (2005). Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental 15 anos depois de Caracas. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011a). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.4.pdf Acesso em 17 de julho de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011b). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 1). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf Acesso em 17 de julho de 2013.

Bursztyn, M., & Chacon, S. S. (2013). Ligações perigosas: proteção social e clientelismo no Semiárido Nordeste. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 2.

Camargo, B. V., Giacomozzi, A. I., Wachelke, J. F. R., & de Aguiar, A. (2010). Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, 19(supl. 2), 36-50.

- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-303.
- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Carlotto, M. S., Amazarray, M. R., Chinazzo, I., & Taborda, L. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19, 172-178.
- Carvalho, M. P. (2011). O conceito de gênero: uma leitura com base nos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPEd (1999-2009). *Revista Brasileira de Educação*, 16(46).
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. D (2007). Estilos de vida: individual e coletivo. Em: L. D. Castiel & C. A. D. Diaz (Orgs.). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade* (pp. 83-91). Rio de Janeiro: Ed. FioCruz.
- Castro, C. A. (2010). *Dando conta da “doença dos nervos”: produção de sentidos em conversas com mulheres*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 161p.
- Castro, M. M., Quarantini, L. C., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. R. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 126-129.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? [What are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide?]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl I), S18-25.
- Cigolini, A. A., & Cachatori, T. L. (2012). Análise do processo de criação de municípios no Brasil. *XII Colóquio Internacional de Geocrítica*. Bogotá.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2013). *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. Vol. 2. São Paulo. 256p. ISBN: 978-85-87077-29-5.

- Costa, A. G. d., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 21(1), 73-79.
- Costa, F. S da (2013). “Mulher fulêira”: cultura e sentidos de identidade feminina no forró eletrônico. *Revista Litteris*, 11: 50-66.
- Costa, P. F. F., & Silva, M. S. (2011) Migração, sofrimento psíquico e estratégias defensivas “dos que migram” e “dos que ficam”. *Revista Saúde Coletiva em Debate* 2011;1(1):15-30
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília. 284p.
- Dantas, G., Koplin, C., Mayer, M., Oliveira, F. A., & Hidalgo, M. P. L. (2011). Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*.31(4), 418-421.
- Del Priore, M. (2009). *Ao sul do corpo; condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. 2a Edição. Editora Unesp.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Supl I).
- Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K., & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-41.
- Dutra, D. S., Jorge, E. C., Fensterseifer, J. M., & Areosa, S. V. C. (2006). Doença dos nervos: Sentidos e representações. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(1), 4-11.
- Endlich, A. M., & Fernandes, P. H. C. (2014). Aumento da violência em pequenas cidades, sentimento de insegurança e controle social. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 18.
- Farias, M. D., & Araújo, T. M. d. (2011). Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 36(123).

- Fávero, M. H. (2010). *Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações*. Curitiba, Editora UFPR.
- Ferrari, C. K. B., Brito, L. F., Oliveira, C. C. D., Moraes, E. V. D., Toledo, O. R. D., & David, F. L. (2013). Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de Saúde Pública. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 34(1), 109-116.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina*, 26(3), 393-407
- Fleck, M. P. & Colaboradores (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Artmed. 228p.
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 11(3).
- Fortes, S., Lopes, C. S., & Villano, L. A. Fatores sociodemográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família: resultados do estudo de Petrópolis-RJ [Internet]. 2004 [citado 2011 abr 10].
- Fortes, S., Lopes, C. S., Villano, L. A., Campos, M. R., Gonçalves, D. A., & Mari, J. J. (2011). Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 150-156.
- Foucault, M. (2012). *História da loucura na idade clássica*. (Trad.) Neto, José Teixeira Coelho. 9a Edição. São Paulo. Perspectiva.
- Freire, F. M. S. (2010). *A psicologia na atenção básica: uma relação dialógica com o SUS?*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Freire, F. M. D. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173.
- Freitas E. S., Ribeiro K.C. S, Saldanha A. A. W. (2012) O uso de álcool por adolescentes: Uma comparação por gênero. *Psicologia Argumento*, 30(69).
- Garcia, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Editora Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.

- Garcia, M. A. A., Carvalho Odoni, A. P., de Souza, C. S., Frigério, R. M., Merlin, S. S., & Garcia, M. (2005). *Idosos em cena: falas do adoecer*. CEP, 13083, 040.
- Garcia, L. P., Freitas, L. R. S. D., & Höfelmann, D. A. (2013). Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(3), 383-394.
- Gianini, R. J., Carvalho, T. C., Anjos, R. M. P. d., Pinto, P. L. S., Maluf, M. E., Lanza, L. B., Minari, F. C. (2008). Screening practice in the scenery of the Family Health Program in Sorocaba (SP). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 15-22.
- Godoy, M. R., Silva, E. N., & Sousa, T. R. V. (2013). O impacto do status socioeconômico na incidência de casos de Aids nos municípios brasileiros: um estudo por dados em painel. *Economia & Região*, 1(1), 4-25.
- Gomes, R. (2012). Pequenas cidades e dinâmicas de inserções no processo de globalização: uma leitura a partir da realidade brasileira. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, (2), 117-138.
- Goldberg, D. & Goodyer, I. (2005). *The origins and course of common mental disorders*. Routledge: London & New York.
- Gonçalves, D. M. & Kapczinski, F. (2008a). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):2043-2053.
- Gonçalves, D. M. & Kapczinski, F. (2008b). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1641-1650.
- Grunskin, S. & Tarantolla, D. (2012). Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 23-41). Curitiba: Juruá.
- Heredia, B. M. A. D., & Cintrão, R. P. (2012). Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. *Revista Nera*, (8), 1-28.
- Hernandez, C.R. S., & Barbosa, A. J. C. (2013). Inquietude, amor, loucura, tradição e modernidade: uma visão diacrônica da representação poética da mulher. *Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade-Igarapé*, 1(1).

- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e Saúde Coletiva* 14(1), 297-305.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011). *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro. Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em 23 de junho de 2013.
- Jacinto, J. M., & Mendes, C. M., Perehouskei, N. A. (2012). O rural e o urbano: contribuições para a compreensão da relação do espaço rural e do espaço urbano. *Revista Percurso*, 4(2), 173-191.
- Jorge, M. S. B., Sales, F. D.A., Pinto, A. G. A., & Sampaio, J. J. C. (2010). Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3).
- Jurado, S., Rosa, D., Leão, B., Carvalho, L., Oliveira, S., & Góis, J. (2013). Repercussão dos transtornos mentais na concessão de benefícios pela previdência social. *Archives Of Health Investigation*, 2(4-Supp. 2).
- Kassouf, A. L. (2005). Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 43(1), 29-44.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social science & medicine*, 61(7), 1576-1596.
- Kohn, R., Mello, M. F. & Mello, A. A. F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. Em M. F. Mello; A. A. F. M. & Kohn, R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. (pp. 199-207). Artmed.
- Lefèvre, F. (1991). *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. Editora Cortez: São Paulo, Brasil, 159p.
- Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis no 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acesso em 14 de abril de 2014.

- Leite, N. M., & Machado, T. G. S. (2013). Análise Econômica do Aumento do Número de Processos Criminais Relativos à Violência Doméstica desde a Promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha). *Revista da AMDE*, 9(1), 1-11.
- Lemos, F. (2007). "Se deus é homem, o demônio é [a] mulher!": a influência da religião na construção e manutenção social das representações de gênero. *Revista Ártemis*, (6).
- Lima, M. C. P., Menezes, P. R., Carandina, L., Cesar, C. L. G., Barros, M. B. d. A., & Goldbaum, M. (2008). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 717-723.
- Lopes, C. S., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. *Caderno de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.
- Lopes, F., Buchalla, C. M., & Ayres, J. R. D. C. M. (2007). Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(supl. 2), 39-46.
- Lorenzetti, M. S. B. (2003). *Criação, incorporação, fusão e desmembramento dos municípios. Câmara dos deputados*. Consultoria legislativa. Brasília.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. d. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Ludermir, A. B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), 198-204.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis (Rio J.)*, 18(3), 451-467.
- Lourenço, S. M., & Fernandes, O. M. (2011). "O álcool entre nós": impacto do consumo de álcool no casal (" Alcohol among us": The impact of alcohol consumption in the couple). *CES Psicología*, 4(2), 15-28.
- Lumbando, C. W., & Bastos, I. (2014). Condições favoráveis à interiorização das universidades públicas em Pernambuco. *RMP-Revista dos mestrados profissionais*, 2(2).

- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116.
- Macedo, M. J. H., Guedes, R. V. S.; Sousa, F., A. S & Dantas, F. R. C. (2010). Análise do índice padronizado de precipitação para o estado da Paraíba, Brasil. *Revista Ambiente e Água*, 5(1).
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização do saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(2), 296-313.
- Machado, J. S. A., & Caleiro, R. C. L. (2008). Loucura feminina: doença ou transgressão social?. *Revista Desenvolvimento Social*, 1(1).
- Machado, L. Z. (2000). *Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?* (Vol. 284). Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.
- Machado, L. M., Colomé, J. S., & Beck, C. L. C. (2011). Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 31-40.
- Mann, J. & Tarantola, D. J. M. (1996). *Aids in the World II*. Nova York: Oxford University press.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: R. Parker (Eds.), *A AIDS no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.
- Marín-León, L., de Oliveira, H. B., & Berti, M. (2007). Social inequality and common mental disorders Desigualdade social e transtornos mentais comuns.

- Matos, I. B., Toassi, R. F. C., & Oliveira, M. C. D. (2013). Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social*. Barcelona. Vol. 13, n. 2 (jul. 2013), p. 239-244.
- Medeiros, L. F. (2003). *Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: um estudo sobre a doença dos nervos*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Menezes, I. G. D. (2010). Enxada versus caneta: educação como prerrogativa do urbano no imaginário de jovens rurais. *Revista Eletrônica de Educação*, 3(1), 24-38.
- Moraes, R. S. M. de (2010). *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados na População Adulta de Florianópolis*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 124 p.
- Morais, E. P. D., Rodrigues, R. A. P., & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis, SC. Vol. 17, n. 2 (abr./jun. 2008), p. 374-383.
- Moreira, V. (2006). Estigma: minha doença é invisível. In *Congresso Internacional De Psicopatologia Fundamental* (Vol. 2).
- Moreira, J. K. P., Bandeira, M., Cardoso, C. S., & Scalón, J. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 221-226.
- Mori, V. D., & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152.
- Morton, G. D. (2013). Acesso à permanência: diferenças econômicas e práticas de gênero em domicílios que recebem Bolsa Família no sertão baiano. *Revista De Ciências Sociais-Política & Trabalho*, 1(38).
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 49-55.
- Negreiros, T. C. D. G. M., & Féres-Carneiro, T. (2004). Masculino e feminino na família contemporânea. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 4(1), 34-47.

- Neri, M. C. (2011). *Novo mapa das religiões. Rio de Janeiro*. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Políticas Sociais. 70p.
- Netto, M. U. Q., Freitas, O. & Pereira, L. R. L. (2013). Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 33(1), 77-81.
- Nogueira, C. M. (2010). As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, 3(2).
- Nunes, M., & Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(supl. 1), 101-108.
- Oliveira, A. B. D., & Roazzi, A. (2007). A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(1), 091-102.
- Olivier, M., Perez, C. S., & Behr, S. d. C. F. (2011). Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas Consequências na Vida Laboral e Pessoal de Alguns Bancários [Workers Removed for Mental and Behavioral Disorders: the Return to the Workplace and Its Impact on the Personal and Working Life of some Bank Employees.] *Revista de Administração Contemporânea*, 15(6), 993.
- Organização Mundial da Saúde. WHO. *The global burden of disease: 2004 update*. Library Cataloguing-in-Publication data.
- Organização Mundial da Saúde. WHO. *Mental Health Atlas 2011* - Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. OMS/WHO. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*, 78(4), 413-426.
- Organização Mundial da Saúde. OMS/WHO. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. ISBN: 92 43562827.
- Organização Mundial da Saúde. WHO. (2008a). *mhGAP: Programa de Acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra. ISBN: 978 92 4 159620 6.

- Organização Mundial da Saúde. WHO. (2008b). *The global burden of disease: 2004 update*. Library Cataloguing-in-Publication data.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (Trad.). D. Caetano. Porto Alegre: Artmed.
- Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. . In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Paiva, V & Zucchi (2012). Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. . In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Paffer, A. T. d., Ferreira, H. d. S., Cabral Júnior, C. R., & Miranda, C. T. d. (2012). Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(2), 84-91.
- Paraíba. Governo do Estado. Coordenação de Saúde Mental da Paraíba. (2015). *Regionalização da Saúde*. Disponível em <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/caps> Acesso em 03 de abril de 2016.
- Pase, H. L., Müller, M., & Moraes, J. A. (2014). O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento plural*, (10), 181-199.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Patel, V., Kirkwood, B. R., Pednekar, S., Weiss, H., & Mabey, D. (2006). Risk factors for common mental disorders in women. *The British Journal of Psychiatry*, 189(6), 547-555.
- Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Pillon, S. C., Jora, N. P., Amorim, G. P., Domingos, J. B. C., & Santos, R. A. d. (2011). Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 313-319.

- Pinho, P. D. S., & Araújo, T. M. D. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-572.
- Pinsky, C. B. (2009). Estudos de gênero e história social. *Estudos feministas*, 159-189.
- Ponte, K. F. (2004). Repensando o conceito do rural. *Revista Nera, UNESP*, 1(01), 30-42.
- Puertas, G., Ríos, C., & Valle, H. D. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia.
- Queiroz, S. N., Remy, M. A. P. R., Pereira, J. M. P. D., & Silva, L. A. (2010). Evolução do Programa Bolsa Família: Brasil e estados do Nordeste 2004-2009. *Revista SER Social*, 12(27), 33-62.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7).
- Rêgo, W. D. L., & Pinzani, A. (2013). Liberdade, dinheiro e autonomia. O caso da Bolsa Família. *Revista De Ciências Sociais-Política & Trabalho*, 1(38).
- Ribeiro, K. C. S. (2013). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de Dsts e gravidez não planejada para adolescentes jovens*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Ristoff, D. (2010). A trajetória da mulher na educação brasileira. *INEP, Brasília*, 10.
- Rocha, S. V., Almeida, M., Araújo, T. d., & Virtuoso Jr, J. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630-640.
- Rodrigues-Neto, J. F., Figueiredo, M. F. S., Faria, A. d. S., & Fagundes, M. (2008). Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa— estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 233-239.

- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, edições Universidade Fernando Pessoa, 6,390-399.
- Rozemberg, B. (1994). O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, 28(4), 300-308.
- Rua, J. (2005). A resignificação do rural e as relações cidade-campo: uma contribuição geográfica. *Revista da ANPEGE*, 2(2), 45-66.
- Saffioti, H. I. (2002). Violência contra a mulher e violência doméstica. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora, 34.
- Saffioti, H. I. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, (16), 115-136.
- Saffioti, H. (2015). *Gênero, Patriarcado e Violência*. 2ª Edição, São Paulo, Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 205p.
- Saldanha, A. A. W., Carvalho, E.A.B, Diniz, R.F, Freitas, E. S, Félix, S. M. F. & Silva, E. A. A. (2008) Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*; 20(1), 36-44
- Saldanha, A.A.W. (2011b). *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas*. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Santos, É. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Santos, S. M. D. M., & Oliveira, L. (2010). Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. *Revista katálysis*, 13(1), 11-19.

- Santos, A. M. D. (2013). Topografia do Brasil profundo: votos, cargos e alinhamentos nos municípios brasileiros. *Opinião Pública*, 19(1), 01-20.
- Schramm, J. M.A., Oliveira, A. F., Costa Leite, I., Valente, J. G., Gadelha, Â. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908.
- Schwartz, T. D., Ferreira, J. T. B., Maciel, E. L. N., & Lima, R. D. C. D. (2010). Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2145-2154.
- Schwingel, G. (2012). Controle da população no campo da saúde: o caso dos pequenos municípios brasileiros. *Caderno Pedagógico*, 9(2).
- Sena, R. R., Silva, K. L., Rates, H. F., Vivas, K. L., Queiroz, C. M., & Barreto, F. O. (2006). O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enfermagem*, 11(2).
- Siano, A. K., Ribeiro, L. C., Santiago, A. E., & Ribeiro, M. S. (2008). Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora-Minas Gerais. *HU Revista*, 34(4), 235-242.
- Silva, J. (2011). *O impacto da AIDS na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 200p.
- Silva, V. H. F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285.
- Silva, M. S. D., & Menezes, M. A. D. (2010). Homens que migram, mulheres que ficam: o cotidiano das esposas, mães e namoradas dos migrantes sazonais do município de Tavares-PB. *Gênero e geração em contextos rurais. Ilha de Santa Catarina, Ed. Mulheres*, 279-309.
- Silva, M. R., & Osterne, M. D. S. F. (2012). Mulher, sinônimo de pobreza? *Caderno Espaço Feminino*, 25(1).

- Silva, S. A., Lucena, K. D. T., Souza, C., Deininger, L., Coelho, C., Fernandes, H., Toledo V. R. P., & dos Anjos, U. U. (2015). Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 25(2).
- Silveira, M. L. (2000). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 124p.
- Souza, H. M., Ney, M. G., Souza, P. M., & Ney, V. D. S. P. (2015). Escolaridade, carteira de trabalho e renda dos empregados no meio rural brasileiro/Education, work, portfolio and income of employees in the brazilian countryside. *Campo-Território: revista de geografia agrária*, 10(20).
- Souza, A. R. L., Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2013). Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência e Saúde coletiva*, 18, 1131-40.
- Spanemberg, L., & Juruena, M. F. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria RS*, 26(3), 300-311.
- Steinberger, M., & Maniçoba, R. D. S. (2014). Efeitos da centralização e descentralização no processo brasileiro de municipalização: o caso da região norte. *Revista Economia, Sociedad y Territorio*, 5(20).
- Tarso, V. N. S. *Corpos instáveis, mentes insanas: a mulher e a medicina mental nas teses da Faculdade de Medicina da Bahia (Salvador, 1900-1920)*. *Histórica (Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo)*.
- Telles Filho, P. C. P., Chagas, A. R., Pinheiro, M. L. P., Lima, A. M. d. J., & Durão, A. M. S. (2011). Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(3), 581-586.
- Travassos, C., & Viacava, F. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003 Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2490-2502.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. *Caderno de Saúde Pública*, 20(Sup 2), S190-S198.
- Traverso-Yépez, M., & Medeiros, L. F. D. (2004). Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações*, 9(18), 87-108.

- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Vasconcellos, C. T. D. D. V., & Vasconcellos, S. J. L. (2007). A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910) Mental illness in women in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil (1870-1910). *Caderno Saúde Pública*, 23(5), 1041-1049.
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional*. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira, 17-73.
- Veiga, L. F. (2011). O partidarismo no Brasil (2002/2010). *Opinião Pública*, 17(2), 400-425.
- Vieira, E. M. (2008). *A medicalização do corpo feminino*. (1ª Reimpressão). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 84p.
- Zanetto, V. (2014). *Saúde mental, mulheres e conjugalidade*. Stevens C, Oliveira S, Zanetto V, organizadoras. Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas. Florianópolis: Mulheres, 108-18.
- Zanetto, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.

APÊNDICE I: Cidades amostrais e suas respectivas macrorregiões de saúde

MACRORREGIÃO I – JOÃO PESSOA	
CIDADE	POPULAÇÃO (HABITANTES) *
Caldas Brandão	5.637
Mataraca	7.407
Sobrado	7.373
MACRORREGIÃO II – CAMPINA GRANDE	
CIDADE	POPULAÇÃO (HABITANTES) *
Areial	6.470
Matinhas	4.321
São João do Cariri	4.344
Seridó	10.230
MACRORREGIÃO III - PATOS	
CIDADE	POPULAÇÃO (HABITANTES)
Condado	5.584
Vista Serrana	3.512
Junco do Seridó	6.643
MACRORREGIÃO IV - SOUSA	
CIDADE	POPULAÇÃO (HABITANTES) *
Aparecida	7.676
Belém do Brejo do Cruz	7.143
Cachoeira dos Índios	9.546
Lagoa	4.681
São Bentinho	4.138
São José da Lagoa Tapada	7.564

* População segundo dados do IBGE (2011).

APÊNDICE II



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

I- PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Idade? _____

Escolaridade: _____

Atividade/Profissão: _____ () Empregado () Desempregado ()

Aposentado

Renda Familiar : _____

Você recebe algum benefício do governo como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez? () Não () Sim -

qual? _____

Estado civil? () Casado/Mora junto () Solteiro () Separado/Divorciado () Viúvo () _____

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera **religioso**? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Como você se define em relação a sua sexualidade? () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

II - ESTILO DE VIDA

O que você faz para se divertir?

Pratica atividade física? () Não () Algumas vezes () Sim – Qual? _____

Fuma? () Não () Sim

Ingere bebida alcoólica? () Nunca () Algumas vezes () Sempre

Já sofreu algum tipo de violência () Não () Sim - Qual? Por
Quem? _____

III- SAÚDE MENTAL

No ultimo ano você passou por alguma coisa estressante (aperreio)? () Não () Sim – O que?

Usa alguma medicação controlada (tarja preta)? () Não () Sim - qual(is)?

Quem receitou?

Você tem alguém na família que sofre com problemas mentais? () Não () Sim – Quem?

Você já se consultou alguma vez com psicólogo? () Não () Sim – Onde?

Quem encaminhou?

Qual o motivo?

Você já se consultou alguma vez com médico psiquiatra? () Não () Sim – Onde?

_____ Quem encaminhou?

Qual o motivo?

APÊNDICE III



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Prof^ª. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda, que essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável: (83) 3216-7006

.....
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

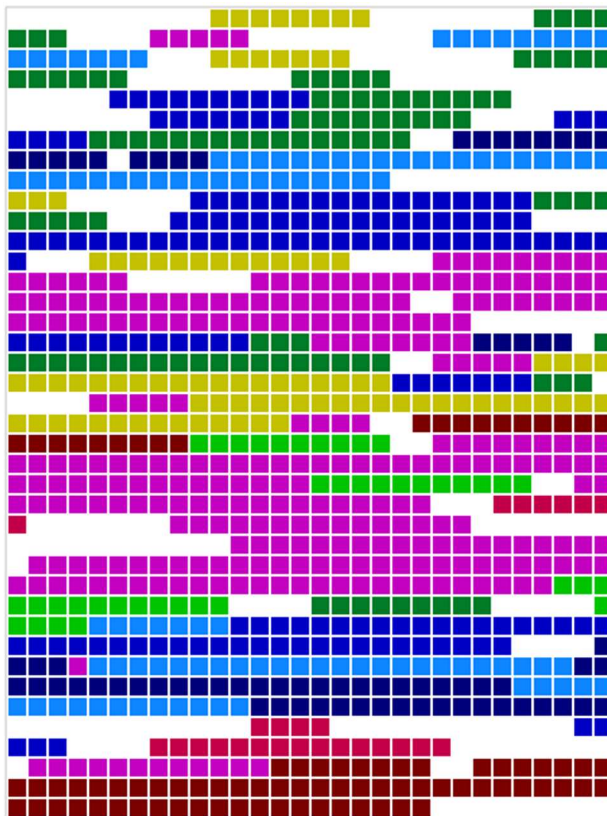
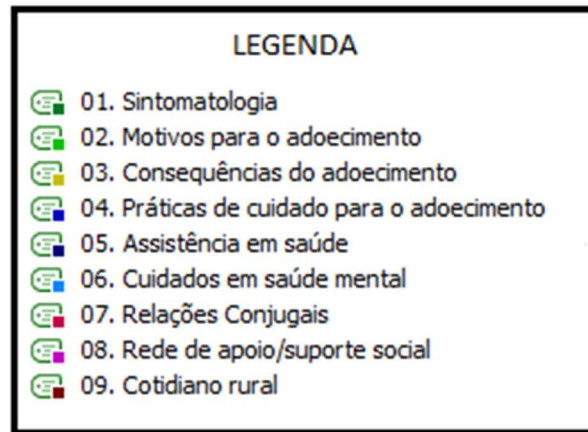
APÊNDICE IV

Frequência dos recortes de fala segundo categorias de análises e entrevistas realizadas

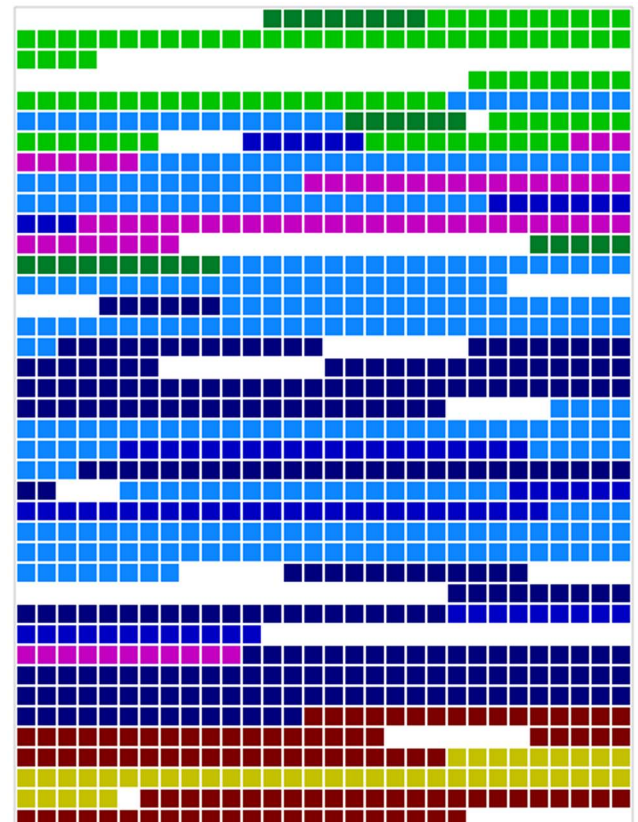
Code System	Entrevista 01	Entrevista 02	Entrevista 03	Entrevista 04	Entrevista 05	Entrevista 06	Entrevista 07	Entrevista 08	Entrevista 09	Entrevista 10	TOTAL
+ 01. Sintomatologia	15	4	5	7	3	2	5	3	3	3	50
+ 02. Motivos para o adoecimento	4	4	9	3	4	11	7	4	1	1	48
+ 03. Consequências do adoecimento	7	1	2	3	4		1			4	22
+ 04. Práticas de cuidado para a saúde	12	5	5	11	5		2			4	44
+ 05. Assistência em saúde	6	10	17	21	1	7	6	3		2	73
+ 06. Cuidados em saúde mental	5	13	10	12	6	4	5	3	1	4	63
+ 07. Relações Conjugais	3		4	4	26	3	4	4	38		86
+ 08. Rede de apoio/suporte	21	4	5	8	6	1	11	5	7	5	73
+ 09. Cotidiano rural	5	3	5	6	20	9	7	14	16	4	89
TOTAL	78	44	66	75	75	37	48	36	66	27	548

APÊNDICE V

Distribuição das categorias de análise segundo os recortes de fala das participantes



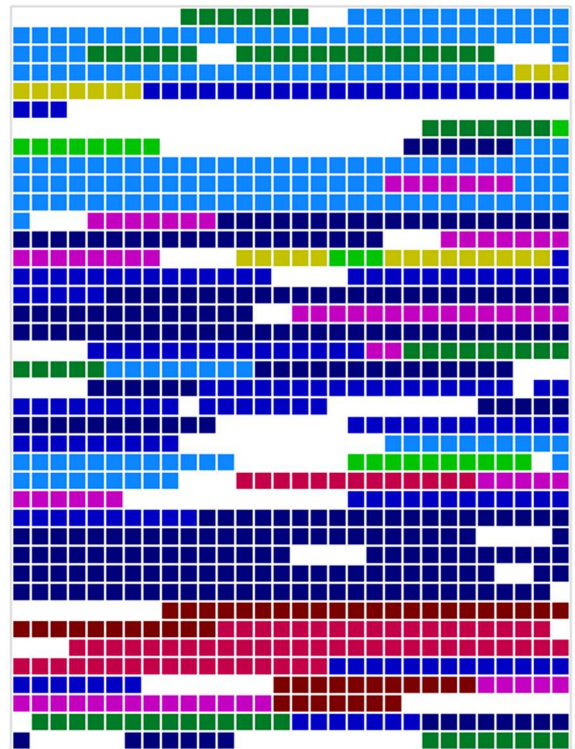
Entrevista 01



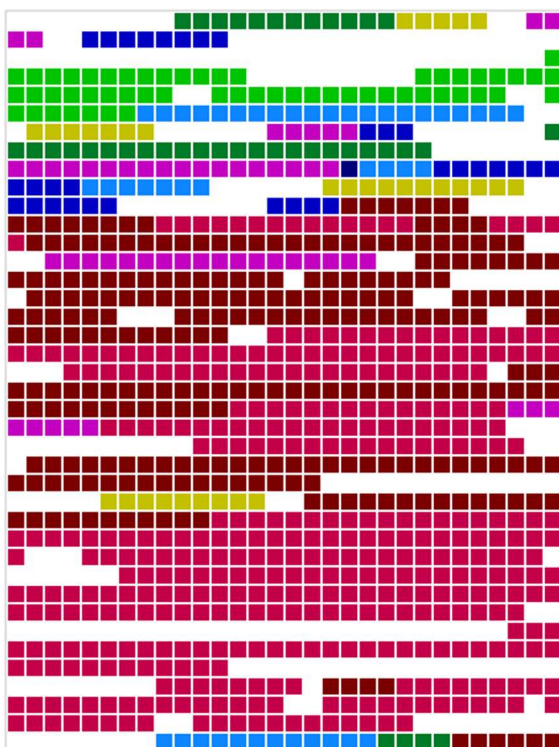
Entrevista 02



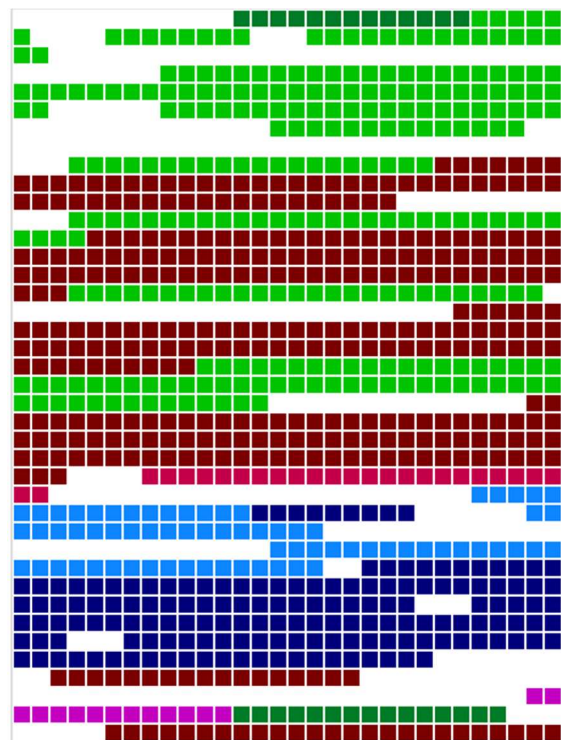
Entrevista 03



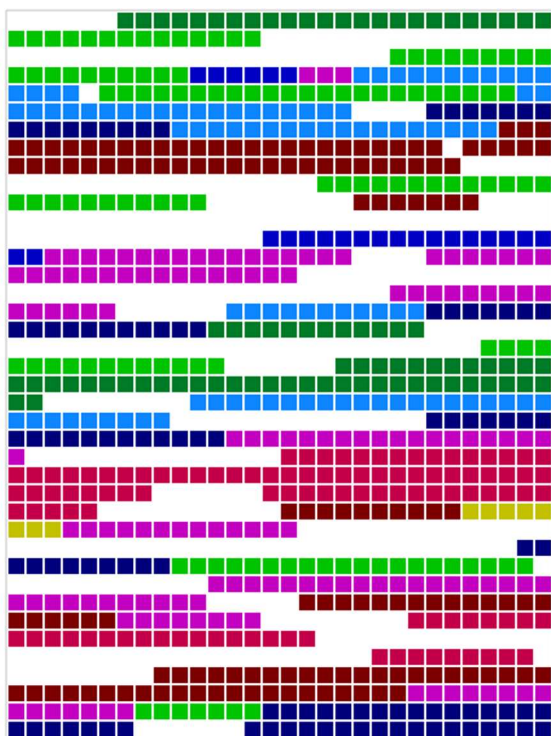
Entrevista 04



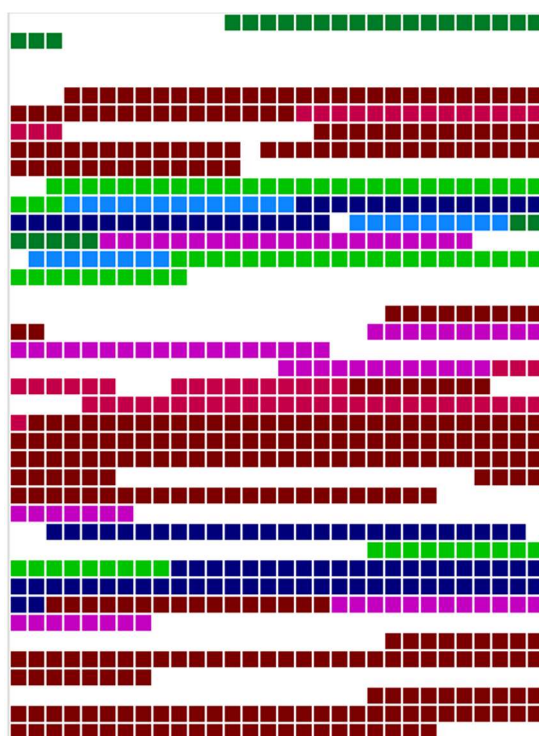
Entrevista 05



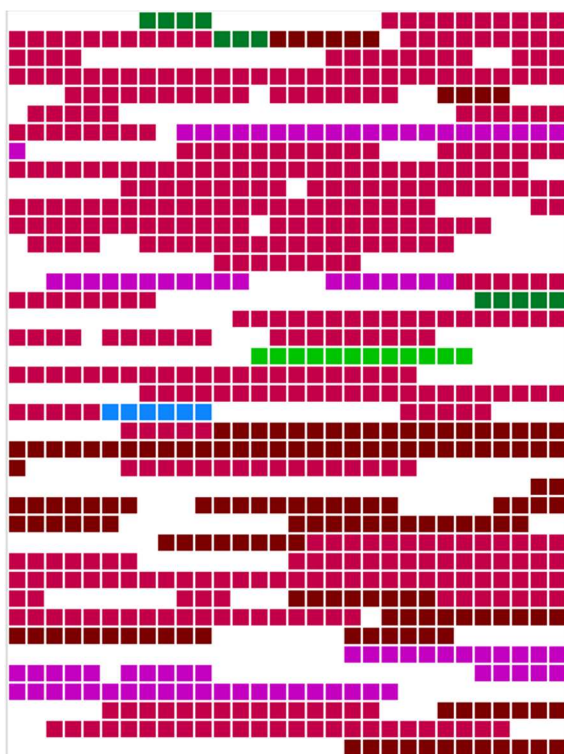
Entrevista 06



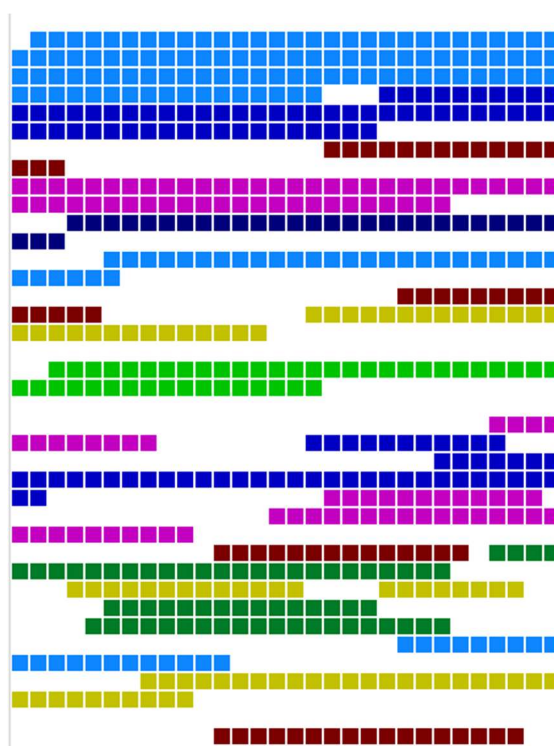
Entrevista 07



Entrevista 08



Entrevista 09



Entrevista 10

Anexo 1



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil



SELF REPORTING QUESTIONNAIRE – 20 (SRQ-20)

SINTOMATOLOGIA	NÃO	SIM
01- Tem dores de cabeça com frequência?		
02- Tem falta de apetite?		
03- Dorme mal?		
04- Sente medo com facilidade?		
05- Suas mãos tremem?		
06- Se sente nervoso, tenso ou preocupado?		
07- Tem má digestão?		
08- Não consegue pensar com clareza?		
09- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Chora mais que o de costume?		
11- Não sente satisfação (gostar de) nas suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldade para tomar decisões?		
13- Tem dificuldade no serviço/trabalho? (seu trabalho causa sofrimento)		
14- Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Sente-se uma pessoa inútil?		
17- Tem tido ideias de acabar com a vida?		
18- Sente-se cansado o tempo todo?		
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20- Fica cansado com facilidade?		

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES EM SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES DE PESSOAS RESIDENTES EM CIDADES

Pesquisador: Josevânia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18083113.1.0000.5176

Instituição Proponente: Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 316.559

Data da Relatoria: 21/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo design quantitativo e qualitativo possibilitará a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde, bem como análise das vulnerabilidades das mulheres residentes em cidades rurais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as vulnerabilidades e a necessidade de saúde de mulheres residentes em cidades rurais, identificando a forma e as repercussões da inserção social a partir do relato de experiências vividas.

Objetivos Secundários:

Identificar: o estilo de vida das pessoas residentes em cidade rural (cotidiano doméstico, trabalho e lazer); os determinantes de vulnerabilidade individual em termos de recursos pessoais (conhecimento, escolaridade, acesso à informação e rede de apoio social-afetivo-sexuais, familiares e amigos) e intersubjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes); os determinantes de vulnerabilidade social (relações de gênero, processos de Estigmatização, discriminação, participação social, acesso a educação, cultura, educação, prevenção); os determinantes de vulnerabilidade programática (disponibilidade e acesso ao serviço de saúde, promoção da saúde,

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

ações de prevenção, disponibilidade de meios e recursos, deslocamento, medicamentos, exames). Analisar: a qualidade dos serviços de saúde a partir da concepção dos participantes; a forma como os participantes resolvem os problemas da saúde; os perfis de vulnerabilidade aos agravos em saúde nas cidades rurais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios descritos neste projeto estão coerentes com a proposta do estudo e com as orientações da Resolução 196/96.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, visa mapear o estado da PB acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV Aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados em anexos estão em consonância com o protocolo do CEP, onde foram anexados no relatório de pesquisa- Platbr:

Folha de rosto;

Projeto;

TCLE;

Instrumento;

Termo de compromisso do pesquisador.

Recomendações:

Recomendamos:

-Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

-Na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto apresenta sem pendências e está coerente cientificamente, o mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 26 de Junho de 2013

Assinador por:
ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br

Página 03 de 03