



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

JOSINALDO FURTADO DE SOUZA

**“NUM PEQUENO RECANTO DO BRASIL”: VULNERABILIDADES EM
SAÚDE E “DOENÇA DOS NERVOS” EM MULHERES DO SERTÃO
PARAIBANO**

CAMPINA GRANDE-PB

2021

JOSINALDO FURTADO DE SOUZA

“NUM PEQUENO RECANTO DO BRASIL”: VULNERABILIDADES EM
SAÚDE E “DOENÇA DOS NERVOS” EM MULHERES DO SERTÃO
PARAIBANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) – Mestrado da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE-PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S729n Souza, Josinaldo Furtado de.
"Num pequeno recanto do Brasil" [manuscrito] :
vulnerabilidades em saúde e "doença dos nervos" em
mulheres do sertão paraibano / Josinaldo Furtado de Souza. -
2021.
95 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2021.
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva ,
Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Doença dos nervos. 2. Transtorno Mental Comum. 3.
Vulnerabilidade. 4. Saúde mental. I. Título
21. ed. CDD 362.2

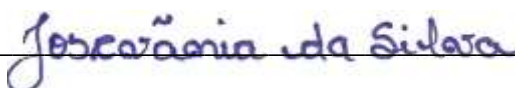
JOSINALDO FURTADO DE SOUZA

**“NUM PEQUENO RECANTO DO BRASIL”: VULNERABILIDADES EM
SAÚDE E “DOENÇA DOS NERVOS” EM MULHERES DO SERTÃO
PARAIBANO**

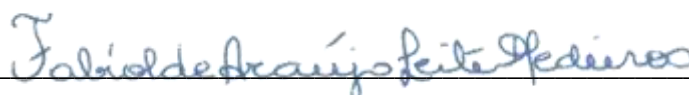
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) – Mestrado da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Saúde

Aprovado em: 12 de março de 2021



Prof^a Dr^a. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro Interno



Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Membro Externo

CAMPINA GRANDE-PB

2021

Dedico este trabalho as Mulheres que sofrem dos nervos e vivem no Sertão, que são esquecidas pelo Poder e ignoradas pelo Estado que finge nada saber; as mulheres que estão a mercê da opressão, como se não fossem filhas desta nossa nação, e que me permitiram conhecer suas histórias de vulnerabilidades, garras, emoção e devoção.

AGRADECIMENTOS

Gratidão: Substantivo feminino que se refere ao sentimento de quem é grato; reconhecimento por benefícios recebidos. Por isso, neste momento, faço uso deste espaço para expressar meu reconhecimento a tudo e todos que me ajudaram neste percurso até aqui.

A caminhada até o mestrado foi árdua, mas consegui. “Sair” de uma pacata cidade no Sertão da Paraíba para estudar na “cidade grande” foi um processo difícil. No entanto, em meio as adversidades, consegui concluir a graduação que tanto sonhei e, agora, estou concluindo mais uma importante etapa de um sonho, a conclusão de um mestrado. E motivos não me faltam para agradecer.

Inicialmente, agradeço a Deus, Autor e Princípio de tudo. Concedeu-me a vida, a força, a fé, a inteligência, e tantos outros dons; e concede-me diariamente inúmeras graças. Mesmo quando atravesso os vales escuros, Ele está comigo, sendo meu sustentáculo. Nunca me abandonou nem abandonará. Por isso, sempre recordo: “O Senhor é minha força e meu escudo; Nele o meu coração confia, e Dele recebo ajuda. Meu coração exulta de alegria, e com o meu cântico lhe darei graças” (Salmos 27, 7).

Agradeço a minha mãe, a Virgem Santíssima, pois como nos dizia Santo Afonso Maria de Ligório: “Maria é a mais terna mãe do gênero humano, é o refúgio dos pecadores”. Ela sempre me acolheu, e nos momentos mais difíceis me fez descansar em seu precioso colo de mãe.

Agradeço a meus pais, Jacinto e Inácia, que apesar de não terem tido a oportunidade de estudar, nunca mediram esforços para que a minha caminhada acadêmica e profissional se tornasse realidade. A eles, serei eternamente grato por tudo!

Agradeço a meus irmãos, Júnior, Julimar e Luécia, que sempre estão ao meu lado, incentivando-me a continuar nessa difícil jornada. Agradeço também a toda a minha família, em especial meus avós, Dona Toinha e Seu Toinho (in memória), que me ajudaram a custear as despesas desde o início da graduação até o final deste mestrado. Sem esta ajuda, nada teria sido possível.

Agradeço a minha grande orientadora, Profa. Dra. Josevânia, a quem chamo carinhosamente de Josi. Esta mulher me acolheu de modo excepcional, e com humildade, carinho, afeto e responsabilidade me conduziu durante todo o mestrado. Sempre esteve disponível; escutou as minhas dores; respondeu as minhas dúvidas; me alegrou em muitos momentos. Se tornou um exemplo de docente e humana, a quem me espelho.

Agradeço as Professoras Dra. Fabíola e Dra. Ana Alayde, pela disponibilidade em participar da banca de qualificação e defesa, apresentando ricas contribuições para o aperfeiçoamento da dissertação.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS), que em cada aula transmitiram novos conhecimentos e enriqueceram minha formação. Agradeço ainda a secretária do PPGPS, Estela, por sempre estar disponível e não medir esforços para ajudar.

Agradeço a Profa. Dra. Regina Azevedo, que tive a imensa honra de ter sido seu aluno na graduação; minha “mãe acadêmica”, que me ajudou muito a concluir a graduação e, conseqüentemente, ingressar no mestrado.

Agradeço também aos meus amigos da graduação: Jullyanne, que me incentivou a tentar o processo seletivo do mestrado, que culminou na aprovação; Adriana e Ana Catarina por sempre estarem ao meu lado, partilhando as experiências da vida.

Agradeço aos colegas do mestrado pelas discussões e debates realizados nas aulas, e a rede de cuidado que construímos. De modo especial, agradeço a Bruno e Kíssila, que passaram da categoria de colegas a amigos, em tão pouco tempo. Com eles, a caminhada se tornou mais leve, pois os cuidados e afetos não faltaram.

Por último, mas não menos importante, agradeço as mulheres da minha amada cidade de Bom Jesus, que aceitaram em participar da pesquisa e contribuir com a ciência. Obrigado por confiarem em mim, e partilharem suas histórias de vida!

A TODOS, MINHA GRATIDÃO!

Poesias aguerridas

Mulheres que se confundem
Com a paisagem da caatinga
Que trazem na própria face
O mapa da terra ressequida

Mulheres que expõem as cicatrizes da miséria
Vultos invisíveis das favelas
Que regam a terra com suas lágrimas
Onde a semente germina desnutrida

Mulheres expulsas do paraíso
Deusas cruelmente excluídas
Cuja gratidão é silenciosa oração
Debilitadas vencem dias de provações

Mulheres que geram na dureza do sertão
Estrelas cadentes por falta de opção
Suas faces denunciam a indiferença
Do poder que oprime com a força da ambição

Mulheres estrelas das noites de escuridão
Trazem dentro de si a nobre constelação
Por serem filhas do ventre da terra
São poesias aguerridas a fecundar este chão

Janete Manacá

RESUMO

O Transtorno Mental Comum (TMC), nomeado de “doença dos nervos” nas classes populares, refere-se a um sofrimento que apresenta queixas somáticas, depressivas e ansiosas, que geralmente está associada as classes mais empobrecidas, principalmente entre as mulheres, em virtude das precárias condições de vida, que podem ser agravadas em contextos rurais. Considerando tal realidade, indagamos: Qual a prevalência de TMC em mulheres residentes em contexto rural no Sertão paraibano? A partir de suas histórias de vida, que elementos individuais, sociais e programáticos colaboraram para a vulnerabilidade a doença dos nervos? Nesse sentido, o estudo teve como objetivo geral investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em cidade rural do sertão paraibano. Tratou-se de dois estudos empíricos, um de natureza qualitativa e outro quantitativa. No estudo de cunho quantitativo, objetivou-se analisar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e sua associação com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e cuidados em saúde mental em mulheres residentes em uma cidade rural do sertão paraibano. Participaram 210 mulheres com idades entre 20 e 89 anos ($M=47,45$; $DP=17,25$), residentes na cidade de Bom Jesus, Paraíba. A prevalência de TMC foi de 35,7%, sendo os sintomas mais frequentes relacionados ao humor depressivo/ansioso e queixas somáticas. A presença de TMC esteve associada a variáveis como baixa escolaridade ($\chi^2(gl)= 13,18(3)$; $p = 0,004$); profissão (donas de casa) ($\chi^2(gl)= 11,53(5)$; $p = 0,042$); estado civil (casadas/morando junto) ($\chi^2(gl)= 9,35(3)$; $p = 0,025$); não realização de atividades físicas ($\chi^2(gl)= 8,59(2)$; $p=0,014$); ser vítima de violência ($\chi^2(gl)= 17,37(1)$; $p<0,001$). Se reconhecer enquanto doente dos nervos, ouvir comentários de vizinhos sobre sofrer com tal condição, o uso de psicotrópicos, e consultas com psicólogos e psiquiatras também foram estatisticamente associados aos TMC. O estudo qualitativo cujo objetivo foi analisar os elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade à doença dos nervos, a partir das histórias de vida, de mulheres do Sertão da Paraíba, teve a participação de 12 mulheres, com idades entre 28 e 63 anos. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, a partir do método História de vida. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin. A partir das entrevistas, elencou-se 05 categorias e 22 subcategorias, que foram compostas por 295 recortes das falas, e retrataram os elementos e situações que contribuíam para maior vulnerabilidade a doença dos nervos, como desigualdade de gênero, violência, cuidado com os filhos, dentre outros, e os modos de enfrentamento. Os sintomas somáticos foram descritos em todas as falas, e a principal estratégia utilizada foi o uso de medicações psicotrópicas. A partir destes resultados, é possível concluir que as mulheres da cidade rural analisada vivenciam constantemente elementos e situações que as suscetibilizam a este adoecimento.

Palavras-chave: Doença dos nervos. Transtorno Mental Comum. Mulheres. Vulnerabilidade. Cidade rural.

ABSTRACT

Common Mental Disorder (CMD), called “nerve disease” in popular classes refers, to a suffering that presents somatic, depressive and anxious complaints, which is generally associated with the most impoverished classes, especially among women, due to the precarious living conditions, which can be aggravated in rural contexts. Considering this reality, we ask: What is the prevalence of CMD in women living in a rural context in the hinterland of Paraíba? From your life stories, what individual, social and programmatic elements collaborated to make oneself vulnerable to nerve disease? In this sense, the study had the general objective of investigating the prevalence of Common Mental Disorder (CMD) and health vulnerabilities of women living in a rural city in the hinterland of Paraíba. There were two empirical studies, one of qualitative nature and the other of quantitative nature. In the quantitative study, the objective was to analyze the prevalence of Common Mental Disorder (CMD) and its association with sociodemographic variables, lifestyle and mental health care in women living in a rural city in the hinterland of Paraíba. 210 women aged between 20 and 89 years ($M = 47.45$; $SD = 17.25$), living in the city of Bom Jesus, Paraíba, participated. The prevalence of CMD was 35.7%, with the most frequent symptoms related to depressive/anxious mood and somatic complaints. The presence of CMD was associated with variables such as low education ($\chi^2(gl) = 13.18(3)$; $p = 0.004$); profession (housewives) ($\chi^2(gl) = 11.53(5)$; $p = 0.042$); marital status (married/living together) ($\chi^2(gl) = 9.35(3)$; $p = 0.025$); non-performance of physical activities ($\chi^2(gl) = 8.59(2)$; $p = 0.014$); being a victim of violence ($\chi^2(gl) = 17.37(1)$; $p < 0.001$). Recognizing yourself as an ill of the nerves, hearing comments from neighbors about suffering from such a condition, the use of psychotropics, and consultations with psychologists and psychiatrists were also statistically associated with CMD. The qualitative study whose objective was to analyze the elements (individual, social and programmatic) of vulnerability to nerve disease, from the life stories of women from the hinterland of Paraíba, had the participation of 12 women, aged between 28 and 63 years. For data collection, semi-structured interviews were used, based on the Life Story method. The data were analyzed through content analysis, proposed by Bardin. From the interviews, 05 categories and 22 subcategories were listed, which were composed of 295 cutouts from the speeches, and portrayed the elements and situations that contributed to greater vulnerability to nerve disease such as gender inequality, violence, childcare, among others, and coping ways. The somatic symptoms were described in all statements, and the main strategy used was the use of psychotropic medications. From these results, it is possible to conclude that women in the rural city analyzed constantly experience elements and situations that make them susceptible to this illness.

Keywords: Nerve disease. Common Mental Disorder. Women. Vulnerability. Rural city.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil das participantes segundo as variáveis sociodemográficas.....	25
Tabela 2.	Perfil das participantes segundo estilo de vida.....	27
Tabela 3.	Perfil das participantes em relação aos cuidados em saúde mental.....	28
Tabela 4.	Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres participantes e associação segundo variáveis sociodemográficas que foram estatisticamente significativas.....	31
Tabela 5.	Prevalência de Transtorno Mental Comum entre as mulheres participantes e sua relação com variáveis de cuidados em saúde mental.....	32
Tabela 6.	Perfil sociodemográfico das participantes.....	50
Tabela 7.	Categorias, subcategorias e unidades de conteúdo.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
M	Média
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire 20
TAGV	Termo de Autorização para Gravação de Voz
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
V&DH	Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
	Mulheres e doenças dos nervos: um olhar a partir do quadro das vulnerabilidades	16
	OBJETIVOS.....	19
2	ARTIGO I- TRANSTORNO MENTAL COMUM E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DE CONTEXTOS RURAIS.....	20
	Resumo.....	20
	Abstract.....	20
	INTRODUÇÃO.....	21
	MÉTODO.....	22
	Delineamento.....	22
	Participantes.....	22
	Instrumentos.....	23
	Procedimentos de coleta de dados.....	24
	Análise dos dados.....	24
	Aspectos éticos.....	24
	RESULTADOS.....	25
	DISCUSSÃO	32
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	37
3	ARTIGO II- HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES DOENTE DOS NERVOS: UMA ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES NO SERTÃO PARAIBANO.....	42
	Resumo.....	42
	Abstract.....	42
	INTRODUÇÃO.....	43
	MÉTODO.....	46
	Delineamento.....	46
	Participantes.....	46
	Instrumentos.....	47
	Procedimento de coleta de dados e aspectos éticos.....	47
	Análise dos dados.....	48
	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
	Sintomas.....	51
	Explicações e implicações da doença dos nervos.....	54
	Medicamentos.....	58
	Enfrentamento do sofrimento.....	61
	Família.....	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	66
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICES.....	82
	ANEXOS.....	85

1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, tem crescido o número de pessoas acometidas por algum sofrimento psíquico, com destaque para os transtornos ansiosos e depressivos (World Health Organization [WHO], 2017), que repercute no exercício das atividades de vida diária e em diversas dimensões da vida, colaborando para tentativas de suicídio (Monteiro, Bahia, Paiva, Sá, & Minayo, 2015) e isolamento social (Silva-Junior & Fischer, 2015). As questões ligadas às suas causas e consequências se apresentam como fenômenos preocupantes para a saúde pública e coletiva. Uma diversidade de fatores contribui para o surgimento destes transtornos que afetam a vida das pessoas (Furtado, 2016).

Neste cenário, estudos com diversas populações têm discorrido sobre os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), os quais fazem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estes não se enquadram na nosologia psiquiátrica, pois são sofrimentos difusos, ou seja, não possuem causa orgânica, ou outra específica, e apresentam-se sob uma variedade de sintomatologia, como queixas somáticas, depressivas e ansiosas (Furtado et al., 2019; Silva, Rocha, Santos, Amorim, & Vilela, 2018; Souza et al., 2017).

Dentre os estudos sobre os Transtornos Mentais Comuns, é possível identificar dois direcionamentos: a) o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas sobre TMC e suas relações com questões sociodemográficas, econômicas e de gênero (Furtado et al., 2019; Silva et al., 2018; Souza et al., 2017); b) a realização de pesquisas no campo da antropologia da saúde, sociologia da saúde e psicologia sobre as experiências e sentidos acerca dos TMC's, dentre as quais aparece a expressão doença dos nervos (Azevedo, 2012; Dutra, Jorge, Fensterseifer, & Areosa, 2006; Oliveira & Roazzi, 2007).

Doença dos nervos, problema dos nervos, nervoso, nervosismo, são expressões de um modo particular de um grupo social expressar seu sofrimento. Grande parte dos teóricos dessa temática fazem uso da pontuação aspas ao abordar este termo. No entanto, na presente dissertação não se fará uso deste sinal, pois não se toma a palavra como apenas uma expressão popular, mas como um sofrimento real, legítimo, que sobressai a qualquer expressão e desfaz a necessidade de tal pontuação.

A doença dos nervos é tomada como um sofrimento complexo, que não possui uma causa única e apresenta uma diversidade de sintomas e queixas como tristeza, medo, angústia, irritabilidade, tremor, ansiedade, inquietação, agonias, insônia, dormências,

formigamentos, estresse, “passamento”, dentre outros (Castro, 2010; Azevedo, 2012). Segundo Arôca (2009), esta remete a uma avaliação pessoal de seu próprio estado de saúde, apresentado, em algum grau, relação com o Transtorno Mental Comum. No entanto, há críticas a este termo, pois refere-se a ideia biomédica de “psiquiatrização” e medicalização da vida (Fonseca, Guimarães, & Vasconcelos, 2008).

A relação do TMC com a doença dos nervos alude ao sofrimento do sujeito e ao comprometimento nos mais diversos aspectos de sua vida. Apesar de, conceitualmente, não serem equivalentes, na perspectiva de alguns estudiosos (Fonseca, 2007; Arôca, 2009). Não obstante, Furtado et al. (2019) abordam os TMC`s e a doenças dos nervos como sinônimos. É possível que as diferenças existentes nos usos dos termos tenham relação com o enfoque dado ao fenômeno, pois os estudos que utilizam o termo TMC abordam a sintomatologia e suas possíveis associações, enquanto os que fazem uso da expressão doença dos nervos aprofundam os possíveis sentidos, representações e o modo como pessoas de algumas localidades construíram, socialmente, explicações para os sintomas e suas causas. E esta compreensão será adotada ao longo da dissertação.

Os Transtornos Mentais Comuns são queixas frequentes de usuários na Atenção Básica (Souza et al., 2017), e é preciso compreendê-lo enquanto um fenômeno complexo e resultante de interações também complexas de experiências vivenciadas. No entanto, frequentemente, os profissionais não sabem como lidar com esta demanda e o uso de medicamentos tem sido a estratégia empregada para diminuir ou cessar os sintomas. Há que se considerar que não se trata somente de uma questão de sintomatologia física, mas da própria experiência/vivência enquanto sujeito sofredor dos nervos, perpassado por um contexto histórico, social e cultural. Em parte, esta desvalorização decorre da não identificação de uma causa única, empírica ou que possa ser localizada no corpo físico, o que tem relação com o paradigma biomédico (Batistella, 2007).

O modelo biomédico surgiu a partir de sua subordinação ao desenvolvimento do capitalismo, o que colaborou para que a saúde fosse tomada como um valor, ou seja, uma fonte de poder e riqueza para os Estados (Foucault, 2014). A doença, que antes era explicada por questões religiosas, dá espaço ao pensamento científico, e o sintoma passa a ser uma linguagem primitiva do corpo. Assim, a doença transforma-se em patologia e, então, há uma hipervalorização do corpo, pois nele é possível localizar e intervir. Por isso, a saúde passa a ser definida como a inexistência da patologia (Batistella, 2007).

Destaca-se que, no modelo biomédico, não há harmonia entre a dimensão discursiva, ou seja, as ideias e pensamentos sobre o sofrimento, e a dimensão material do

corpo, que se refere aos sintomas e sinais biológicos/fisiológicos (Azevedo, 2010). Ademais, existe uma oposição entre o problema dos nervos e o estar realmente doente, o que provoca a desvalorização deste sofrimento. Por isso, as pessoas tendem a se adequar as categorias discursivas já aceitas, socialmente, enquanto explicações para o seu sofrimento, a fim de que a doença seja legitimada em seu contexto de pertença.

A doença dos nervos desafia à dicotomia corpo/mente presente no modelo biomédico, como também não se enquadra no modelo clássico “psi”, que tem suas práticas direcionadas para interioridade e reflexividade. Além disso, no mundo ocidental, o pensamento acerca de sofrimento psíquico veio se contrapor ao fisicalismo dos saberes científicos hegemônicos até início do século XX (Duarte, 1998). Sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, o modelo biomédico foi posto em xeque, a partir de dois enfoques: os psicologizantes e os sociologizantes. No entanto, ambos continuavam a tomar o sofrimento de forma reduzida, já que era somente a partir de uma visão. Assim, passam-se a adotar o termo psicossocial, que faz uma ponte entre tais enfoques, afirmando a influência dos determinantes sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica (Fonseca, 2007).

Segundo Minayo (1992), no Brasil, a saúde e a doença são, primordialmente, questões sociais. A complexidade de muitos padrões de adoecimento é fruto dos grandes níveis de desigualdade social, o que resulta na pouca oferta de políticas sociais a determinados grupos sociais, dentre as quais estão o acesso e utilização dos serviços de saúde (Schwartz, Ferreira, Maciel, & Lima, 2010). Deste modo, quando se faz referência a importância das questões sociais no processo saúde-doença, não se busca uma substituição da explicação biológica por uma puramente social. Pelo contrário, busca-se as relações entre tais questões, uma ‘causalidade em série’, para abordar as condições de saúde-doença-cuidado (Adam & Herzlich, 2001).

Diversos estudos (Nunes et al., 2016; Furtado et al., 2019) têm demonstrado uma relação deste sofrimento com algumas características populacionais e questões de gênero, evidenciando uma maior frequência entre as mulheres. Em contextos rurais, constata-se altas prevalências no público feminino, que variam de 31,6% a 53,88% (Furtado et al., 2019; Paffer, Ferreira, Cabral Júnior, & Miranda, 2012; Leite et al., 2017; Parreira et al., 2017).

Como visto, a incidência desse transtorno é mais comum entre as mulheres, e as diferenças dos papéis entre homem e mulher precisam ser analisadas. A desigualdade de gênero é acentuada em dados territoriais, como as cidades rurais no Nordeste brasileiro,

diante da força da cultura patriarcal vigente. Em oposição ao homem, a mulher é vista como ser frágil, sensível, do lar (Brilhante, Moreira, Vieira, Silva, & Catrib, 2015; Oliveira & Roazzi, 2004). Segundo Leite et al. (2017), as mulheres vivenciam maior número de aspectos que contribuem para maiores suscetibilidades aos TMC's, nos quais é possível destacar o cuidado com os filhos, as demandas de trabalho, remuneração inferior ao homem no mercado de trabalho, responsabilidades do lar e uma invisibilidade nessa função. Tais aspectos, quando relacionados a uma estrutura deficitária nos cuidados de saúde, podem contribuir para uma maior vulnerabilidade deste público nestes espaços (Furtado et al., 2019).

Não há consenso acerca da definição de cidade rural. Porém, alguns autores (Furtado, 2016; Araújo, Furtado, & Saldanha, 2019; Neri & Soares, 2002) a compreendem como localidades que possuem menos de 10.000 habitantes; cidades de pequeno porte, na qual observa-se condições precárias de vida, baixa escolaridade, falta de oportunidades de trabalho e pouca opção de lazer. Nestes municípios, percebe-se condições de vulnerabilidade que afetam negativamente o campo da saúde, pois há um déficit de serviços e recursos. Destaca-se ainda questões relacionadas a qualidade da assistência e organização dos serviços, dificuldades de assistência especializada e saneamento básico precário (Furtado, 2016; Neri & Soares, 2002).

Segundo pesquisa realizada por Furtado et al. (2019), a prevalência de TMC em cidades rurais paraibanas foi de 31,6%. E as maiores frequências estiveram presentes nas mulheres separadas/divorciadas; que trabalhavam no comércio; possuíam apenas o ensino fundamental; viviam com até um salário mínimo; aposentadas; e praticantes do protestantismo. Em estudos anteriores, a exemplo o de Costa, Dimenstein e Leite (2015), o índice de TMC entre as participantes foi de 43,6%. E outras pesquisas apontam dados semelhantes (Leite et al., 2017; Costa, Santos, Silva, & Gurgel, 2017). Nestes estudos, verifica-se uma associação do gênero feminino com condições de vida potencialmente fragilizadoras, que podem gerar sofrimento, e são frequentes nos contextos rurais.

Neste tocante, destaca-se que para compreender estes processos de fragilização faz-se necessário também analisar a experiência individual, pois está relacionado a símbolos, regras e códigos que podem reger o modo como vivem. Ao se fazer isto, desloca-se a atenção da doença enquanto dado empírico para a doença enquanto experiência (Alves, 2002).

A doença dos nervos não se caracteriza como resultante de causa única. Mas possui relação com um processo de fragilização dos indivíduos em relação com um

contexto de pertencas, condições de vida, dentre outros aspectos (Alves, 2002). Corroborando com tal afirmação, Furtado (2016) destaca que os dados quantitativos não conseguem abranger os elementos intersubjetivos que contribuem para a vulnerabilidade aos TMC. Falar de nervos implica falar de relações sociais, de pobreza material e nos relacionamentos, de conflitos, e diversas outras dificuldades do cotidiano, de rede de suporte, de aspectos culturais e sociais da vida diária nas cidades rurais. Portanto, pode-se afirmar que tais elementos contribuem para este sofrimento e para situações de vulnerabilidade em saúde (Furtado, 2016).

Mulheres e doenças dos nervos: um olhar a partir do quadro das vulnerabilidades

A noção de vulnerabilidade surgiu na década de 1980-1990 no contexto da epidemia do HIV/Aids buscando superar o pensamento vigente de responsabilização exclusivamente individual, e focando também nos aspectos coletivos, que poderiam provocar uma maior fragilização a infecção pelo vírus e ao adoecimento da Aids e, conseqüentemente, meios para seu enfrentamento (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012). Então, esta concepção no campo da saúde pública apresenta-se como um caminho viável e inovador para estudar/explicar o processo saúde-doença, possibilitando a discussão acerca das práticas de prevenção e de promoção da saúde, visto que estão tradicionalmente ligadas ao modelo biomédico de cuidado em saúde, na qual é marcada por uma conduta individualizante, estigmatizante e discriminante (Ayres et al., 2012; Saldanha, Braga, Amorim, Silva, & Neto, 2020).

A vulnerabilidade diz respeito a maior suscetibilidade de indivíduos e/ou grupos a problemas e agravos de saúde, e de modo inseparável uma menor disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres et al., 2012). Ademais, o quadro da vulnerabilidade revela que não há uma história natural da doença, mas uma história que é social, “não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa história, mas porque social e histórica é também a forma de conta-la” (Ayres et al., 2012, p. 81). Esta é uma abordagem pautada nos direitos humanos, pois enfatiza a responsabilização e necessidade de atuação do Estado como pertencentes aos determinantes contextuais e sociais desse processo de saúde e doença (Ayres et al., 2012; Paiva, 2017).

A vulnerabilidade pode expressar-se em três planos, sendo eles: individual, social e programático/institucional. A vulnerabilidade individual parte da compreensão que o indivíduo é um *ser em relação*, e possui capacidade de analisar sua vida e incorporar o conhecimento e transformar as ações que as tornam suscetíveis ao agravo (Bertolozzi et

al., 2009; Ayres et al., 2012). Neste contexto, o indivíduo é visto como intersubjetividade, e como construtor ativo, e não apenas como resultado das relações sociais ou reprodutor destas (Ayres et al., 2012; Furtado, 2016). Por isso,

Cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais. Ou seja, as pessoas em cena, como sujeitos de seus cotidianos, lidam diariamente com discursos e valores conflitantes, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço profissional, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012, pp. 85-86)

Esta dimensão individual é determinada por questões cognitivas (como o acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (por exemplo, o desejo e capacidade de modificar os comportamentos que definem a suscetibilidade) e fatores sociais (acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção) (Bertolozzi et al., 2009). Segundo Ayres et al. (2012), para compreender esta vulnerabilidade se faz necessário compreender cada sujeito como portador de direitos, para que, assim, analise-se quais aspectos de sua vida cotidiana, o deixa exposto ao adoecimento.

A dimensão social, por sua vez, analisa os aspectos contextuais e sociais que podem facilitar o processo de adoecimento, e para isto, faz uso de indicadores que demonstram o perfil da população. Neste plano, considera-se questões de gênero, raciais, entre gerações, pobreza, exclusão social, dentre outros. Já a dimensão programática se refere à capacidade governamental de atuar junto as condições individuais e sociais. Diz respeito ao acesso ou não aos serviços de saúde, bem como a organização e distribuição destes, o vínculo que os usuários possuem com os profissionais de saúde destes serviços, as ações recomendadas e adotadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais que existem no território de abrangência do serviço de saúde (Bertolozzi et al., 2009; Ayres et al., 2012).

Para analisar as vulnerabilidades é necessário observar a relação destas três dimensões que são integradas a cada contexto intersubjetivo. “Todos os conceitos precisam ser compreendidos em sua historicidade, limites e alcances “ (Ayres et al., 2012, p. 90). E para lidar com estas questões no campo da saúde pública, é preciso uma

abordagem multidisciplinar, pois a complexidade do processo saúde-doença, mais especificamente da doença dos nervos, exige um diálogo entre diferentes campos e saberes a fim prestar melhores cuidados/assistência sobre tais casos. E, em contextos específicos, como cidades rurais, ter conhecimento sobre tais aspectos possibilita uma melhor compreensão acerca dos elementos envolvidos nestes cenários, bem como de possíveis estratégias a serem adotadas (Furtado, 2016).

O estudo deste fenômeno no âmbito da Psicologia da saúde se justifica por se tratar de um campo de teorias e práticas que tem por interesse compreender o processo saúde-doença-cuidado. Conforme destaca Straub (2005), a Psicologia da Saúde estuda tais questões através de quatro perspectivas principais, a saber: perspectiva do curso de vida, na qual concentra o foco na maneira como certos aspectos da saúde e doença variam com a idade, bem como a influência do coorte de nascimento na saúde; perspectiva sociocultural, que analisa como os fatores sociais e culturais contribuem para a saúde e para a doença; perspectiva de gênero, que busca analisar questões de saúde e doença específicos dos gêneros e as dificuldades diante da questão nos serviços de saúde; e a perspectiva psicossocial, que defende o pensamento que a saúde e doença são frutos da interação de mecanismos biológicos, processos psicológicos e influências sociais.

Os estudos acerca da temática aqui debatida (Silva et al., 2018; Souza et al., 2017; Senicato, Azevedo, & Barros, 2018), em sua grande maioria, são de cunho quantitativo, e não fazem uso da expressão popular Doença dos Nervos. Verifica-se que há uma escassez de estudos qualitativos e que enfatizem a terminologia, o que possibilitaria, também, o reconhecimento e valorização do saber popular acerca do processo saúde-doença-cuidado. Há trabalhos que abordam os sentidos, fatores de risco e de proteção, eventos estressores. No entanto, são poucos os trabalhos que tenham como foco central a história de vida das mulheres que sofrem, mais que isso, que apreendam as explicações que as próprias mulheres dão ao seu processo de saúde-doença-cuidado e analisem os elementos de vulnerabilidade a este adoecimento.

Mediante o exposto, esta investigação considerou as seguintes questões de pesquisa: qual a prevalência de TMC em mulheres residentes em contexto rural no Sertão paraibano? A partir de suas histórias de vida, que elementos individuais, sociais e programáticos colaboraram para a vulnerabilidade a doença dos nervos?

Assim, tendo em vista responder a estes questionamentos, esta dissertação está estruturada em dois artigos, além da introdução e considerações finais, os quais se

constituem estudos complementares, e caracterizam os objetivos específicos deste estudo, conforme descrito a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em cidade rural do sertão paraibano.

Objetivos Específicos

- Analisar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) em mulheres residentes em uma cidade rural do sertão paraibano e sua associação com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e cuidados em saúde mental.
- Analisar os elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade à doença dos nervos, a partir das histórias de vida, de mulheres do Sertão da Paraíba.

2 ARTIGO I

TRANSTORNO MENTAL COMUM E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DE CONTEXTOS RURAIS

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e sua associação com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e cuidados em saúde mental em mulheres residentes em uma cidade rural do sertão paraibano. Participaram 210 mulheres com idades entre 20 e 89 anos ($M=47,45$; $DP=17,25$). Para a coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico e de saúde e o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20). Os dados foram analisados no software livre GNU PSPP (1.0.1) na qual foram realizadas estatísticas descritivas (distribuição de frequências, medidas de tendência central como a média, e de dispersão como o desvio padrão), Teste Qui-quadrado (χ^2), e Teste t de *Student*. A prevalência de TMC foi de 35,7%, com maiores sintomatologias entre as mulheres com ensino fundamental, pardas, donas de casa, casadas, com filhos, e ganhando até 1 salário mínimo. Os resultados ainda identificaram que a não realização de atividades físicas, se reconhecer enquanto doente dos nervos, ouvir comentários de vizinhos sobre sofrer com tal condição, o uso de psicotrópicos, e consultas com psicólogos e psiquiatras também foram estatisticamente associados aos TMC. Observa-se a relação entre as condições de vida e o processo de saúde-doença.

Palavras-Chave: Transtorno Mental Comum; Mulheres; Cidade rural; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of Common Mental Disorder (CMD) and its association with sociodemographic variables, lifestyle and mental health care in women residing in a rural city in the Paraíba hinterland. 210 women aged between 20 and 89 years participated ($M = 47.45$; $SD = 17.25$). For data collection, a sociodemographic and health questionnaire and the Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) were used. The data were analyzed using the free software GNU PSPP (1.0.1) in which descriptive statistics (frequency distribution, measures of central tendency as the mean, and dispersion as the standard deviation) were performed, Chi-square test (χ^2), and Student's t-test. The prevalence of CMD was 35.7%, with greater symptoms among women with primary education, brown, housewives, married, with children, and earning up to 1 minimum wage. The results also identified that the non-performance of physical activities, recognizing yourself as an ill of the nerves, hearing comments from neighbors about suffering from such a condition, the use of psychotropics, and consultations with psychologists and psychiatrists were also statistically associated with CMD. It is observed the relationship between living conditions and the health-disease process.

Keywords: Common Mental Disorder; Women; Rural city; Social Determinants of Health.

INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico tem atingido uma parcela significativa da população mundial (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, & Whiteford, 2013). Perante esta realidade, nos últimos anos, tem-se dado uma maior atenção aos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estes se referem a um conjunto de sintomas não-psicóticos, que se apresentam sob uma ampla variedade sintomatológica, que envolve queixas depressivas, ansiosas e somáticas, como insônia, dores de cabeça, nervosismo, fadiga, falta de concentração, esquecimento, choro frequente, tristeza, tremor, dentre outras. Não se encaixam na nosologia psiquiátrica descrita nos manuais de referências, como *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) e Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), afetam negativamente a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, e provocam uma maior utilização dos recursos de saúde (Parreira et al., 2017; Souza et al., 2017; Medeiros, 2019; Furtado, Saldanha, Moleiro, & Silva, 2019).

Estes transtornos são comumente chamados, no meio popular, de doença dos nervos. Para alguns autores (Arôca, 2009; Medeiros, 2019), estas queixas não deveriam compor nenhuma categoria diagnóstica, pois são formas das pessoas expressarem seu sofrimento decorrente das condições em que vivem. Porém, o conceito de TMC difundido no meio científico, propicia algum conhecimento acerca deste sofrimento e contribui para a realização de ações no campo da saúde pública.

Os estudos evidenciam uma alta prevalência de TMC tanto na população geral quanto em populações específicas (Parreira et al., 2019; Souza et al., 2017; Grether, Becker, Menezes, & Nunes, 2019). No entanto, verifica-se um maior aparecimento deste conjunto de sintomas relacionado à variáveis sociodemográficas, como ser do sexo feminino, baixa renda, baixa escolaridade, desemprego, pessoas idosas, violência doméstica, sedentarismo, dentre outros (Leal, Moraes, Costa, & Silva, 2020; Borges, Hegadoren, & Miasso, 2015; Medeiros, 2019; Parreira et al., 2017; Souza et al., 2017; Nunes et al., 2016; Furtado et al. 2019; Mendonça & Ludermir, 2017).

Em contextos rurais, apesar de se ter a ideia de que a vivência em uma localidade mais calma possa ser favorável à saúde mental, há também fatores que podem ser estressantes e intensificadores do sofrimento, visto que, historicamente, a população rural do Brasil vivencia múltiplas vulnerabilidades (Macedo, Dimenstein, Silva, Sousa, & Costa, 2018). Nestes cenários, observa-se precárias condições de vida, dificuldade de

acesso às políticas públicas sociais e de saúde, e eventos estressantes, que contribuem para uma maior suscetibilidade de agravos à saúde mental (Parreira et al., 2019).

A literatura revela que as mulheres que residem nestas localidades vivenciam com maior intensidade precárias condições de vida. Destaca-se ainda a forte desigualdade de gênero, tendo em vista que estas mulheres possuem intensas jornadas de trabalho, assumem diferentes papéis, que associados a fatores como menos oportunidades de emprego, vivências de violência doméstica, discriminação, corroboram para o aumento da vulnerabilidade aos TMC (Furtado et al., 2019; Parreira et al., 2017).

Nas cidades rurais, como as do Nordeste brasileiro, há um déficit no acesso e na manutenção da rede pública de serviços de saúde. Tal situação é agravada no campo da saúde da saúde mental, visto que a maioria destas cidades não dispõem de serviços especializados, sendo a Atenção Primária de Saúde (APS) a única a ofertar algum atendimento. E este, na maioria das vezes, resume-se à intervenção medicamentosa (Leite et al., 2017; Cirilo Neto & Dimenstein, 2017).

Ainda são escassos os estudos acerca da epidemiologia de TMC em populações rurais (Furtado et al., 2019; Parreira et al., 2017; Macedo et al., 2018, Leite et al., 2017). Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e sua associação com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e cuidados em saúde mental em mulheres residentes em uma cidade rural do Sertão paraibano.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de caráter exploratório, descritivo e transversal.

Participantes

A pesquisa foi realizada no município de Bom Jesus, que fica localizado na Região Metropolitana de Cajazeiras, no Alto Sertão da Paraíba. Dentre os quinze municípios que compõe a região, a escolha desta cidade se justificou por este apresentar o menor número populacional (2.400 habitantes) e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,597). Ou seja, trata-se de um município de pequeno porte, dito rural.

A população deste estudo foi formada por mulheres residentes no referido município, por meio de uma amostragem não-probabilística, por conveniência. Segundo

o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a cidade tem uma população de 2.400 habitantes. Deste total, 1.184 são mulheres, sendo 767 com idade igual ou superior a 20 anos. Assim, considerando um intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra seria constituída por 257 mulheres. No entanto, em virtude da pandemia do Covid-19, não foi possível realizar o estudo com a amostra calculada, visto que a coleta de dados se deu de modo presencial. Então, a amostra final foi constituída por 210 mulheres.

Para composição da amostra, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idades igual ou superior a 20 anos; e residentes no município de Bom Jesus-PB há, no mínimo, um ano. Não foram incluídas no estudo aquelas participantes que apresentaram, empiricamente, limitações físicas ou cognitivas para responderem às questões dos instrumentos, bem como aquelas que, na ocasião da coleta, não estivessem na cidade.

Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) *Questionário sociodemográfico e de saúde* (Apêndice I): O questionário sociodemográfico e de saúde foi constituído de duas partes. A primeira teve como objetivo caracterizar os participantes por meio de variáveis como idade, renda familiar, grau de escolaridade, situação conjugal, profissão/ocupação, nível de religiosidade, entre outras características laborais e socioeconômicas. A segunda parte versa sobre dados relacionados à saúde, como uso de medicamentos psicotrópicos, acompanhamento por profissional de saúde mental, uso de álcool e tabaco, atividade física e de lazer, estratégias de enfrentamento diante de problemas de saúde, dentre outros.

b) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (Anexo I): O instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), elaborado por Harding et al., na década de 1980, originalmente era composto por 30 questões. No entanto, em diversos países, adotou-se uma versão reduzida, composta por 20 questões (SRQ-20), para rastreamento de transtornos não-psicóticos, os TMC (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008). Trata-se de um instrumento de rastreio, e não de diagnóstico. É recomendado pela OMS para estudos comunitários e na atenção básica, principalmente em países em desenvolvimento, por apresentar critérios como facilidade de aplicação e custo reduzido (Gonçalves et al., 2008).

As respostas referem aos sentimentos/sintomas dos últimos 30 dias, e são do tipo sim ou não, e cada resposta positiva equivale a um ponto. Assim, os escores variam de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). E os itens estão distribuídos em quatro fatores: a) Queixas somáticas (composta por 06 itens); b) Humor depressivos e ansioso (composto por 04 itens); c) perda da energia vital (composto por 06 itens); d) pensamentos depressivos (composto por 04 itens). No Brasil, este instrumento foi validado por Gonçalves, Stein e Kapezinski (2008), e a pontuação de corte, para ambos os sexos, é sete ou mais respostas positivas. No contexto do presente estudo, o instrumento foi validado por Furtado (2016).

Procedimentos de coleta de dados

Após a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, foi realizado contato com as participantes em residências, praças, feiras públicas e/ou logradouros. Ao serem contatadas, foram explicitados os objetivos da pesquisa. Concordando-se em participar, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II) e se procedeu a aplicação, de forma individual, do questionário sociodemográfico e de saúde e do instrumento SRQ-20.

O procedimento de coleta iniciou em março de 2020, antes da Organização Mundial de Saúde (OMS) decretar a pandemia do Covid-19. Diante desta, a pesquisa foi suspensa, retornando no início de agosto do mesmo ano, momento este em que na cidade pesquisada não havia nenhum caso ativo. Após realizar quase toda a coleta, alguns casos voltaram a surgir e a pesquisa foi encerrada, mesmo não tendo atingido a amostra planejada. Destaca-se que, neste período, o pesquisador adotou todos os procedimentos recomendados pelos órgãos de saúde a fim de diminuir a possibilidade de contágio, como uso de máscara e álcool em gel, e distanciamento de 1,5 metro.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio no software livre GNU PSPP (1.0.1) na qual foram realizadas estatísticas descritivas (distribuição de frequências, medidas de tendência central como a média, e de dispersão como o desvio padrão), Teste Qui-quadrado (χ^2), e Teste t de *Student*.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada de acordo com as resoluções N° 466/2012 e N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que versa as diretrizes de pesquisas com seres humanos. Diante do aceite em participar deste estudo, as mulheres foram esclarecidas a respeito dos seus objetivos, a não obrigatoriedade de sua participação e a voluntariedade na pesquisa. Durante todo o processo foi assegurado o anonimato das participantes e confidencialidades das informações. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme Parecer n° 3.840.227 (Anexo IV).

RESULTADOS

A amostra constituída por 210 mulheres apresentou idades entre 20 e 89 anos ($M=47,45$; $DP=17,25$), estando a maioria na faixa etária de 60 anos ou mais. Quanto ao tempo em que residem na cidade, a média foi de 38,28 anos ($DP=19,23$). A maioria das mulheres cursou o ensino médio, declararam-se pardas e exerciam a função de dona de casa. Estes e os demais dados podem ser verificados na Tabela 01.

Tabela 01

Perfil das participantes segundo as variáveis sociodemográficas

	Variáveis	(f) ^a	%
Faixa etária (N=210)	20-29 anos	39	18,5
	30-39 anos	39	18,5
	40-49 anos	39	18,5
	50-59 anos	39	18,5
	60 anos ou mais	54	26,0
Tempo que mora na cidade (N=210)	1-19 anos	30	14,3
	20-49 anos	113	53,8
	50-81 anos	67	31,9
Escolaridade (N=210)	Analfabeta	16	7,6
	Ensino Fundamental	76	36,2
	Ensino Médio	93	44,3
	Ensino Superior	25	11,9
Cor da pele autodeclarada (N=210)	Parda	133	63,3
	Branca	61	29,0
	Negra	16	7,6

Profissão/ocupação (N=210)	Dona de casa	73	34,8
	Agricultora	16	7,6
	Funcionária Pública	28	13,3
	Aposentada	59	28,1
	Estudante	10	4,8
	Outras	24	11,4
Estado civil (N=210)	Solteira	38	18,1
	Casada/mora junto	134	63,8
	Separada/divorciada	18	8,6
	Viúva	20	9,5
Tem filhos? (N=210)	Sim	158	75,2
	Não	52	24,8
Quantidade de filhos (N=158)	1-3 filhos	119	75,3
	4-9 filhos	34	21,5
	Mais de 10	5	3,2
Renda Familiar (N=210)*	Até 1 salário	124	59,0
	1-2 salários	63	30,0
	2-3 salários	15	7,1
	> 3 salários	08	3,8
Benefícios do Governo (N=210)	Não recebe	145	69,0
	Bolsa Família	57	27,1
	Outros	08	3,8
Religião (N=210)	Católica	169	80,5
	Evangélica	28	13,3
	Nenhuma	13	6,2
Grau de religiosidade (N=200)	Níveis 4 e 5	24	12
	Níveis 6 e 7	31	15,5
	Níveis 8 e 9	62	31
	Nível 10	83	41,5
Casa própria (N=210)	Sim	177	84,3
	Paga aluguel	28	13,3
	Casa cedida	05	2,4

*O salário mínimo vigente em 2020: \$1.045,00

No tocante ao estilo de vida, a maioria das mulheres possuíam como atividade de lazer visitar/reunir amigos e/ou familiares, não praticavam nenhuma atividade física, não fumavam e não consumiam bebida alcoólica. Destaca-se que 17 participantes relataram ter sofrido alguma violência, sendo o marido o principal agressor (Tabela 2).

Tabela 2

Perfil das participantes segundo estilo de vida

	Variáveis	(f)^a	%
Atividades para diversão/lazer (N=210)	Nenhuma	38	18,1
	Reunir/visitar amigos/familiares	61	29,0
	Ficar em casa	47	22,4
	Ir à Igreja	15	7,1
	Atividades domésticas	17	8,1
	Exercício físico	05	2,4
	Trabalho	06	2,9
	Outras	21	10,0
Prática de atividade física (N=210)	Não	119	56,7
	Às vezes	47	22,3
	Sempre	44	21,0
Tipo de Atividade (N=86)	Caminhada	75	87,2
	Bicicleta	05	5,8
	Outras	06	6,9
Fumante (N=210)	Não	200	95,2
	Sim	10	4,8
Quantidade de vezes que fuma por dia (N=08)	Menos de 10 vezes	03	37,5
	Mais de 10 vezes	05	62,5
Ingestão de bebida alcoólica (N=210)	Nunca	158	75,2
	Às vezes	47	22,4
	Sempre	05	2,4
Vítima de violência (N=209)	Não	192	91,9
	Sim	17	8,1
Tipo de violência (N=15)*	Física	09	60,0
	Psicológica	05	33,3
	Verbal e sexual	03	19,9
Agressor (N=15)**	Esposo	06	40,0
	Familiares	05	33,3
	Outros	06	39,9

*Algumas participantes relataram mais de uma violência sofrida.

**Algumas participantes relataram mais de um agressor.

Em relação às respostas das participantes as questões de saúde mental, apesar de evidenciar que a maioria não se considerava doentes dos nervos, um terço (1/3) da amostra respondeu de modo afirmativo. No que se refere à vivência de situação estressora, a maioria declarou que esta foi relacionada a problemas familiares, e que havia ocorrido

há menos de 1 ano. Destaca-se ainda que mais da metade das mulheres que afirmaram usar psicotrópicos, faziam uso exclusivo de antidepressivo. E o principal prescritor destas medicações eram médicos que atuavam na Unidade Básica de Saúde, seguido de cardiologistas. Estes e os demais dados podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3

Perfil das participantes em relação aos cuidados em saúde mental

	Variáveis	(f)^a	%
Doente dos nervos (N=210)	Não	133	63,3
	Sim	77	36,7
Comentários de vizinhos sobre ter ou não doença dos nervos (N=210)	Não	150	71,4
	Sim	60	28,6
Vivência da última situação estressora (N=210)	Não recorda	44	21,0
	Problemas familiares	51	24,3
	Problema de saúde	33	15,7
	Falecimento de familiares	26	12,4
	Estresse do dia a dia	16	7,6
	Trabalho	10	4,8
	Pandemia	07	3,3
	Outras	23	11,0
Data da situação estressora (N=164)	Menos de 1 mês	47	28,7
	Menos de 1 ano	44	26,8
	Menos de 5 anos	23	14,0
	Mais de 5 anos	21	12,8
	Todo dia	29	17,7
Uso de medicação psicotrópica (N=210)	Não	171	81,4
	Sim	39	18,6
Tipo de medicamento (N=37)	Somente ansiolítico	09	24,3
	Somente antidepressivo	19	51,4
	Ansiolítico e antidepressivo	08	21,6
	Anticonvulsivante	01	2,7
Responsável pela prescrição (N=36)	Médico UBS	12	33,3
	Cardiologista	10	27,8
	Psiquiatra	07	19,4
	Automedicação	03	8,3
	Outros	04	11,1
Antecedentes familiares para transtorno mentais (N=210)	Não	169	80,5
	Sim	41	19,5

Qual familiar tem transtorno? (N=41)*	Tios	11	26,8
	Irmãos	09	21,9
	Pais	08	19,5
	Filhos	07	17,0
	Outros	11	26,8
Antecedentes familiares para doença dos nervos (N=210)	Não	118	56,2
	Sim	92	43,8
Qual familiar tem doença dos nervos? (N=92)*	Pais	34	36,9
	Irmãos	25	27,1
	Tios	17	18,4
	Filhos	13	14,1
	Primos	09	9,7
	Outros	07	7,6
Atendimento Psicológico (N=210)	Não	153	72,9
	Sim	57	27,1
Responsável pelo encaminhamento (N=56)	Procura espontânea	22	39,3
	Médico da UBS	22	39,3
	Outras especialidades médicas	06	10,7
	Outros profissionais	06	10,7
Local da consulta (N=58)	Serviço público da cidade	36	62,1
	Serviço público de outra cidade	10	17,2
	Serviço particular	12	20,7
Motivo do encaminhamento/procura (N=56)	Sintomas depressivos/ansiosos	25	44,6
	Enfrentamento de Problemas de saúde	09	16,1
	Problemas familiares	07	12,5
	Estresse/nervosismo	05	8,9
	Luto	04	7,1
	Outros	06	10,7
Consulta Psiquiátrica (N=210)	Não	193	91,9
	Sim	17	8,1
Responsável pelo encaminhamento (N=17)	Procura espontânea	09	52,9
	Médico UBS	04	23,5
	Outros profissionais	04	23,5
Local da consulta (N=17)	Serviço público	08	47,1
	Serviço particular	09	52,9
Motivo do encaminhamento (N=17)	Sintomas depressivos/ansiosos	10	58,8
	Outros	08	47,1

*Algumas participantes relataram mais de um familiar

A prevalência de TMC entre as participantes foi de 35,7%. Ao realizar a comparação das médias por fatores em razão de grupos com TMC e sem TMC, por meio do Test t de *Student*, observou-se que o humor depressivo/ansioso obteve a maior delas (M=1,40), seguido das queixas somáticas (M=1,39), perda da energia vital (M=1,28), e por último, pensamentos depressivos (M=1,09). Dentre os itens de cada fator que mais apresentaram prevalência, destacaram-se: No humor depressivo, andar nervosa/tensa/preocupada (61,0%) e ficar com medo com facilidade (42,4%); no fator das queixas somáticas, prevaleceu a sensação desagradável no estômago (35,2%), dormir mal (34,3%) e tremor nas mãos (34,3%); no que se refere a perda de energia vital, o sintoma mais relatado foi a dificuldade de tomar decisões (38,6%) e cansaço o tempo o tempo todo (34,8%); por fim, no fator dos pensamentos depressivos, destacaram-se a perda de interesse pelas coisas (24,8%) e a incapacidade se ser útil na vida (12,4%).

Os dados demonstraram maior prevalência de TMC entre as mulheres com ensino fundamental (13,3%), pardas (21,9%), donas de casa (13,8%), casadas (18,1%), com filhos (28,1%), e ganhando até 1 salário mínimo (20,9%). Dentre estas variáveis, três apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as frequências verificadas para com a presença de TMC, sendo elas: escolaridade ($\chi^2(\text{gl})= 13,18(3)$; $p = 0,004$); profissão ($\chi^2(\text{gl})= 11,53(5)$; $p = 0,042$); e estado civil ($\chi^2(\text{gl})= 9,35(3)$; $p = 0,025$). A Tabela 4 apresenta estes dados detalhadamente.

Tabela 4

Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres participantes e associação segundo variáveis sociodemográficas que foram estatisticamente significativas

Variáveis	TMC		X ² (gl)*	Valor de P**
	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC		
ESCOLARIDADE				
Sem escolaridade	07(3,3%)	09(4,3%)	13,18(3)	0,004
Ensino Fundamental	28(13,3%)	48(22,9%)		
Ensino Médio	24(11,4%)	69(32,9%)		
Ensino Superior	16(7,6%)	09(4,3%)		
PROFISSÃO				
Dona de casa	29 (13,8%)	44 (21,0%)	11,53(5)	0,042
Agricultora	04 (1,9%)	12 (5,7%)		
Funcionária Pública	09 (4,3%)	19 (9,0%)		
Aposentada	19 (9,0%)	40 (19,0%)		
Estudante	08 (3,8%)	02 (1,0%)		

Outras	06 (2,9%)	18 (8,6%)		
ESTADO CIVIL				
Solteira	17 (8,1%)	21 (10,0%)	9,35(3)	0,025
Casada/mora junto	38 (18,1%)	96 (47,7%)		
Separada/divorciada	09 (4,3%)	09 (4,3%)		
Viúva	11 (5,2%)	09 (4,3%)		

*Teste de Independência do Qui-Quadrado; **p<0,05

Observou-se ainda uma maior prevalência entre as que não praticavam exercício físico (24,3%). Esta última variável apresentou relação estatisticamente significativa com a presença de TMC ($\chi^2(\text{gl})= 8,59(2)$; $p=0,014$). Na presente amostra, procurou-se ainda verificar se havia relação entre uma maior prevalência de sintomas de TMC e vivências de violência doméstica, na qual constatou-se que 6,7% das mulheres vítimas de violência apresentavam TMC, e foi estatisticamente significativa ($\chi^2(\text{gl})= 17,37(1)$; $p<0,001$). Observou-se ainda associações significativas entre ter TMC e a violência sofrida ($\chi^2(\text{gl})=21,22(6)$; $p=0,002$), e a presença de TMC e o agressor da violência ($\chi^2(\text{gl})=22,07(11)$; $p = 0,024$).

No que diz respeito às variáveis de cuidados em saúde mental, constatou-se maior presença de sintomas de TMC em mulheres que se reconheciam como doente dos nervos, que haviam escutado afirmações de vizinhos sobre sofrerem com tal condição, que faziam uso de medicação psicotrópica, possuíam antecedentes familiares para transtornos mentais e doença dos nervos, e já haviam realizado ou estavam realizando acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Por meio do Teste Independente Qui-Quadrado, verificou-se que todas estas variáveis apresentaram relação estatisticamente significativa para com a presença de TMC ($p < 0,05$). Estes dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Prevalência de Transtorno Mental Comum entre as mulheres participantes e sua relação com variáveis de cuidados em saúde mental

Variáveis	TMC		X ² (gl)*	Valor de P**
	Mulheres com TMC	Mulheres sem TMC		
Doente dos nervos				
Não	24(11,4%)	109(51,9%)	49,32(1)	P<0,001
Sim	51(24,3%)	26 (12,4%)		

Comentários de vizinhos sobre ter ou não doença dos nervos				
Não	33(15,7%)	117(55,7%)	43,01(1)	P<0,001
Sim	42(20,0%)	18(8,6%)		
Uso de medicação psicotrópica				
Não	52(24,8%)	119(56,7%)	11,29(1)	P=0,001
Sim	23(11,0%)	16(7,6%)		
Familiar com problema dos nervos				
Sim	47(22,4%)	45(21,4%)	16,85(1)	P<0,001
Não	28(13,3%)	90(42,9%)		
Familiar com transtorno mental				
Sim	21(10,0%)	20(9,5%)	5,33(1)	P=0,021
Não	54(25,7%)	115(54,8%)		
Atendimento psicológico				
Sim	31(14,8%)	26(12,4%)	11,88(1)	P=0,001
Não	44(21,0%)	109(51,9%)		
Atendimento psiquiátrico				
Sim	14(6,7%)	03(1,4%)	17,52(1)	P<0,001
Não	61(29,0%)	132(62,9%)		

*Teste de Independência do Qui-Quadrado; **p<0,05

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC encontrada (37,5%) é semelhante a resultados de outras pesquisas no Brasil (Borges et al., 2015; Parreira et al., 2017; Souza et al., 2017; Furtado et al., 2019). O estudo de Furtado et al. (2019), realizado com mulheres em cidades rurais do estado da Paraíba, identificou uma prevalência de 31,6%. Na pesquisa de Parreira et al. (2017), com mulheres da zona rural de uma cidade mineira, encontrou um índice de TMC igual a 35,7%. Em outro estudo, realizado com residentes de um assentamento rural, a prevalência de TMC foi de 24,1%. No entanto, ao observar apenas a amostra feminina, o percentual saltou para 36,5% (Silva et al., 2019).

A literatura demonstra que a mulher é mais vulnerável a este adoecimento, em virtude de diversos fatores. Analisando o contexto histórico de formação da sociedade brasileira, é notório os diferentes papéis que foram atribuídos ao homem e mulher. Em

virtude de um modelo de família patriarcal, foi imposta à mulher um papel de cuidadora, e este foi naturalizado. Diante deste cenário, muitas mulheres, principalmente em contextos rurais, são submetidas a situações provocadoras de sofrimento, postas em posições subordinadas e com restrições à sua sexualidade (Medeiros, 2019; Furtado, 2016).

A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres que se autodeclararam pardas, o que é visualizado também em outros estudos (Fernandes, Lima, & Barros, 2020). Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os fatores étnicos/raciais são um dos determinantes estruturais da saúde, que ao interagirem com outros fatores, podem influenciar no processo de saúde-doença (Buss & Filho, 2007).

Outros fatores sociodemográficos como escolaridade, profissão/ocupação, e o estado civil, foram estatisticamente associados aos TMC. Tal fato, confirma a hipótese de que as condições de vida afetam a saúde mental dos indivíduos e coletividades. No entanto, é preciso atenção ao falar em uma relação determinista e de causalidade (Senicato, Azevedo, & Barros, 2018).

Segundo Furtado (2016), a baixa escolaridade quando aliada a questões como baixa renda e o déficit de campos de trabalho no contexto rural, aumenta o nível de pobreza e, conseqüentemente, há um aumento da vulnerabilidade destas mulheres a um adoecimento psíquico. Percebe-se então um ciclo que estas mulheres e várias gerações vivenciam. Os poucos anos de estudo dificultam a inserção em um trabalho bem remunerado. No entanto, quando ainda criança, muitas destas mulheres, por vivenciarem em contextos de pobreza, são obrigadas a abandonarem os estudos para poderem ter alguma fonte de renda. Além do mais, a maioria delas, em virtude de todo este contexto, casam muito cedo, têm filhos, e passam a se dedicarem exclusivamente à família. Neste sentido, Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), destacam que a escolaridade, tanto é causa quanto consequência de outros problemas sociais, assim como é uma questão transgeracional. Corroborando com esta afirmação, Nepomuceno (2019) destaca que a maioria das mulheres que possuem pouca escolaridade apresentam maiores indicadores de pobreza e estão mais vulneráveis a questões como baixa renda, desemprego e trabalho precarizado.

Constatou-se que nenhuma mulher sem escolaridade ou com poucos anos de estudo, ganhava mais do que 3 salários. As mulheres com menor escolaridade ganhavam, em sua maioria, menos de 1 salário. Esta relação pode contribuir para vivências de submissão da mulher, seja ao marido, à família ou a programas de transferência de renda

do governo. Estes podem ser fatores que promovem/acentuem o sofrimento mental das mulheres. Apesar deste último ser um importante instrumento na vida da mulher, nem sempre ele cumpre seu papel de emancipação, visto que ela pode se encontrar em uma situação de extrema pobreza (Furtado et al., 2019).

O acesso aos estudos pode auxiliar na promoção de habilidades cognitivas e na capacitação para tomada de decisões, que promovem a independência e, conseqüentemente, influenciam na saúde dessas mulheres (Senicato et al., 2018). Portanto, a escolaridade pode ser considerada um fator de proteção à saúde mental, desde que seja acompanhada da melhoria das condições de vida (Furtado et al., 2019). No presente estudo, apesar da amostra com ensino superior ter sido pequena (n=25), observou-se que deste total, 16 mulheres apresentavam TMC (o dobro do valor esperado), o que reforça a afirmação aqui discutida, de que o maior nível de escolaridade, se não aliado a outros fatores, acaba por não provocar grandes mudanças. Destaca-se ainda que estas mulheres que conseguiram chegar ao nível superior, vivenciam exaustivas jornadas de trabalho, pois precisam dar conta dos estudos, família e trabalho.

Com relação à ocupação/trabalho, observou-se que as donas de casa apresentaram maiores taxas de TMC. No estudo de Pinho e Araújo (2012), que buscava analisar a relação entre sobrecarga doméstica e TMC, constatou-se que as mulheres com alta sobrecarga de trabalho doméstico apresentavam uma prevalência de TMC mais elevada. A mulher, na maioria das vezes, estando ou não no mercado de trabalho, exerce tal função e, apesar da importância das atividades que executa, ainda assim são desvalorizadas. Acrescenta-se ainda como fator associado a este sofrimento, a rotinização das tarefas, visto que a mulher todos os dias executa as mesmas atividades, e não há férias ou pagamento por isso (Pinho & Araújo, 2012).

A prevalência também foi maior entre as mulheres que possuem filhos. Nesse sentido, estudos (Pinho & Araújo, 2012; Leite et al., 2017) explicam que as mulheres que têm filhos apresentam uma sobrecarga de trabalho alta quando se compara com as que não têm filhos. Salienta-se também que a situação conjugal pode contribuir para um maior nível de sofrimento feminino. No estudo em questão, as mulheres casadas apresentaram maiores sintomatologias. Porém, percebeu-se que na amostra das mulheres solteiras, separadas e viúvas, a contagem real foi maior do que o valor esperado. Entre as mulheres viúvas, mais da metade tinha TMC (55,0%), nas separadas, o valor foi de 50,0%, e entre as solteiras, 44,7%. Estes achados são confirmados pela literatura que demonstra que as mulheres sem companheiros possuem maior sintomatologia de TMC

(Senicato et al., 2018; Paffer, Ferreira, Cabral Jr., & Miranda, 2012; Furtado et al., 2019). Segundo Senicato et al. (2018), na relação conjugal há uma partilha de atividades, sentimentos, recursos financeiros, ou seja, existe um apoio social, e a ausência deste apoio pode comprometer a saúde. No contexto rural, no qual há uma amplificação das dificuldades, a mulher estar sozinha pode ser um agravante para sua saúde mental (Furtado et al., 2019).

A sintomatologia apresentada pelas participantes, destacando-se os sintomas depressivos/ansiosos e as queixas somáticas, corrobora com observações já feitas anteriormente. Para Fonseca (2007), os sintomas somáticos permitem uma escuta do sofrimento, ou seja, um reconhecimento deste. Diante de um processo de adoecimento, “o corpo é o primeiro a ser examinado, manipulado, sentido. As pessoas tendem a sentir mais o corpo e a prestar maior atenção às manifestações corporais em função dos conhecimentos já adquiridos pela medicina” (Azevedo, 2012, p. 233). No entanto, ao analisar este sofrimento, é preciso ter o cuidado para não ser reducionista, olhando apenas para o corpo. É necessário um olhar sobre as condições de vida (Azevedo, 2012).

No que se refere ao estilo de vida, e considerando a relevância das atividades de lazer na saúde mental, uma parcela significativa (18,1%) da amostra afirmou não ter nenhuma atividade para se divertir. Na pesquisa de Leite et al. (2017), os homens e mulheres entrevistados explicitaram que a falta de espaços para lazer e convivência era um fator que afetava a saúde mental. Este fato pode ser constatado em Pinho e Araujo (2012), que demonstraram que os TMC estão associados à falta de lazer. Ainda de acordo com os autores mencionados, para que o lazer contribua na promoção e prevenção em saúde mental, é necessário situá-lo em um contexto social, na qual as atividades sejam compreendidas como diferentes de outras atividades obrigatórias. E esta associação é pouco descrita na literatura.

Uma maior prevalência de TMC entre as mulheres que não praticavam nenhuma atividade física também foi verificada neste estudo. Dentre as que praticavam, e de modo não regular, destacou-se a caminhada como principal atividade. É importante destacar que localidades rurais dificilmente possuem espaços destinados à prática de exercícios físicos, assim como de lazer, sendo a única opção a caminhada. Frisa-se ainda que a população destes espaços não é conscientizada acerca da importância da prática regular de uma atividade física para a saúde mental e física.

Foi evidenciado uma relação significativa entre TMC e vivências de violência na amostra. Outros estudos realizados com mulheres paraibanas também verificaram a

relação entre sintomatologia de TMC e violência doméstica, e o impacto que esta gera nos mais diversos campos da vida das mulheres (Furtado, 2016; Silva et al., 2015). Segundo Mendonça e Ludermir (2017), a violência contra a mulher em países subdesenvolvidos é algo comum. Dentre as explicações para esta infeliz realidade, os autores mencionam a prevalência da cultura patriarcal e conservadora, que acaba por reforçar a desigualdade de gênero. Corroborando com esta afirmação, Furtado et al. (2019) destaca que, em seu estudo, os casos de violência doméstica relatados podem ter sido subestimados, visto que, muitas vezes, há uma negação, vergonha e/ou não reconhecimento da violência, tanto em virtude do sistema sociocultural vigente no Nordeste brasileiro quanto pela associação da violência apenas a agressão física. Este fato também pode ser considerado no presente estudo, já que ocorreu no mesmo contexto da pesquisa mencionada anteriormente.

Compreendendo o nervoso enquanto um código que pode expressar uma infinidade de estados de perturbação e enquanto uma autoavaliação do próprio indivíduo (Fonseca, 2007), perguntou-se às participantes se elas se reconheciam enquanto doente dos nervos e, constatou-se que houve uma relação entre ter TMC e se reconhecer como sofredora dor nervos, e também ser reconhecida pelos vizinhos enquanto pertencente a esta categoria. Neste sentido, é importante enfatizar a relevância do outro na construção de sentidos acerca do processo saúde-doença, pois os modos como as pessoas veem e enfrentam seu sofrimento está relacionada com o contexto em que vivem (Dutra, Jorge, Fensterseifer, & Areosa, 2006).

Observou-se ainda maiores sintomatologias entre as mulheres que tinham antecedentes familiares que também sofriam com os nervos, corroborando assim com outros estudos, a exemplo o de Furtado et al. (2019). Pontua-se, então, que este sofrimento não é um fenômeno meramente individual, mas, também, social, e que se repete entre as gerações, pois o contexto e as condições de vida permanecem quase que idênticas mesmo com o passar do tempo.

Apesar de não observar uma maior prevalência de TMC entre as mulheres que consumiam psicotrópicos, e estavam em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, ao comparar os grupos, houve um maior consumo destas medicações entre as mulheres que apresentavam TMC, bem como entre as que estavam em acompanhamento com os profissionais de saúde. No entanto, estas variáveis devem ser vistas como consequências deste sofrimento, e não como causa (Furtado et al., 2019). Portanto, faz-se necessário a discussão acerca das terapêuticas nestes casos, visto que, na maioria das vezes, os

médicos são os primeiros profissionais a atender estas mulheres, e não há um reconhecimento deste sofrimento e/ou uma escuta atenta para realizar uma intervenção/encaminhamento mais adequado. No caso dos profissionais psis, também é necessário um olhar cuidadoso para que não ocorra um processo de psicologização/patologização de um sofrimento que vai além do biológico e do psicológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de TMC entre a amostra pesquisada, e sua associação com variáveis como escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, e vivências de violência, assemelhando-se a outras pesquisas em contextos rurais. Portanto, observa-se uma íntima conexão entre as condições de vida e o processo de saúde-doença. Os resultados ainda identificaram que a não realização de atividades físicas, se reconhecer enquanto doente dos nervos, ouvir comentários de vizinhos sobre sofrer com tal condição, o uso de psicotrópicos, e consultas com psicólogos e psiquiatras também foram estatisticamente associados aos TMC.

Diante desta realidade, faz-se necessário integrar ações que visem enxergar o humano em sua totalidade, considera-lo como ser biopsicossocial-cultural-espiritual. É urgente a necessidade de reflexão acerca das noções de saúde-doença-cuidado, buscando contextualiza-las, para que possam embasar a criação de políticas públicas que visem garantir melhorias nas condições de vida das pessoas destas localidades, e ações de atendimento e cuidado que sejam adequadas, eficientes e considerem o sujeito.

REFERÊNCIAS

Arôca, S. R. S. (2009). *Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "Sofrimento dos Nervos" em mulheres*. (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP, Rio de Janeiro.

Azevedo, L. F. M. (2012). Um estudo sobre a "doença dos nervos" para além de um sofrimento incorporado. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 223-235. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200004

- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*, 8(6):e65514. doi: 10.1371/journal.pone.0065514
- Borges, T. L., Hegadoren, K. M., & Miasso, A. I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*, 38(3), 195–201. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201/pt>
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
- Cirilo Neto, M., & Dimenstein, M. (2017). Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. *Psicol. cienc. prof.*, 37(2), 461-474. doi:10.1590/1982-3703002542016
- Dutra, D. S., Jorge, E. C., Fensterseifer, J. M., & Areosa, S. V. C. (2006). Doença dos Nervos: Sentidos e Representações. *Psicol. cienc. prof.*, 26(1), 4-11. doi: 10.1590/S1414-98932006000100002
- Fernandes, C. S. E., Lima, M. G., Barros, M. B. A. (2020). Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: uma abordagem da desigualdade racial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 25(5), 1677-1687. doi:10.1590/1413-81232020255.33362019
- Fonseca, M. L. M. G. (2007). *Sufrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4988>
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. D. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, 11(3), 285-294. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>

- Furtado, F. M. S. F. (2016). *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas*. (Tese de Doutorado). Recuperado de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8544>
- Furtado, F. M. D. S. F., Saldanha, A. A. W., Moleiro, C. M. M., & Silva, J. (2019). Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 129-140. doi:10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140
- Grether, E. O., Becker, M. C., Menezes, H. M., & Nunes, C. R. O. (2019). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre Estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). *Revista brasileira de educação médica* 43(1 Supl. 1), 276-285. doi:10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180260
- Goncalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperado de <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- Leal, L. F. M., Morais, M. C. P., Costa, K. M. O. P., & Silva, J. (2020). Envelhecer em cidades rurais: Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas e na maturidade. In E. C. Coelho (Org). *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos* (Vol. 1, pp. 312-321). Guarujá- SP: Científica Digital.
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Dantas, C. B., Silva, E. L., & Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en*

Psicología Latinoamericana, 35(2), 301-316. doi:
10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768

Macedo, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. I. B. M., Sousa, H. R., Costa, A. P. A. (2018). Apoio Social, Transtorno Mental Comum e Uso Abusivo de Álcool em Assentamentos Rurais. *Trends Psychol., Ribeirão Preto*, 26(3), 1123-1137. doi:10.9788/tp2018.3-01pt

Medeiros, L. F. (2019). A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. *Cad. saúde colet.*, 27(4), 448-454. doi:10.1590/1414-462x201900040316

Mendonça, M. F. S., & Ludermir, A. B. (2017). Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Rev Saude Publica*, 51, 32. doi:10.1590/s1518-8787.2017051006912

Nepomuceno, B. B. (2019). *Implicações psicossociais da pobreza e suas influências na saúde mental e no apoio social de mulheres em contexto rural*. (Tese de doutorado). Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49253/1/2019_tese_bbnepomuceno.pdf

Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Bessel, M., Brunoni, A. R., Kemp, A. H., Benseñor, I. M. . . . Schmidt, M. I. (2016). Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiat.*, 38, 91-97. doi:10.1590/1516-4446-2015-1714

Paffer, A. T., Ferreira, H. S., Cabral Júnior, C. R., & Miranda, C. T. (2012). Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Medical Journal*, 130(2), 84-91. doi:10.1590/S1516-31802012000200003

- Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Haas, V. J., Silva, S. R., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2017) Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*, 51. doi:10.1590/S1980-220X2016033103225
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*, 15(3), 560-72. doi:10.1590/S1415-790X2012000300010
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S., & Barros, M. B. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(8), 2543-2554. doi:10.1590/1413-81232018238.13652016
- Silva, S. A., Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C., Vianna, R. P. T., & Anjos, U.B. (2015). Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, 25(2). doi:10.7322/JHGD.103009
- Silva, A. C., Vargas, L. S., Moraes, R. C. C., Lucchese, R., Guimarães, R. A., Vera, I. (2019). Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 15(1), 23-31. doi:10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000379
- Souza, L. S., Barbosa, B., Silva, C. O., Souza, A., Ferreira, T., & Siqueira, L. (2017). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18). doi:10.19131/rpesm.0193

3 ARTIGO II

HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES DOENTE DOS NERVOS: UMA ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES NO SERTÃO PARAIBANO

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar os elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade à doença dos nervos, a partir das histórias de vida, de mulheres do Sertão da Paraíba. A amostra foi constituída por 12 mulheres, com idades entre 28 e 63 anos, residentes em uma cidade rural do Sertão do estado da Paraíba. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, a partir do método História de vida. Os dados sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva (frequência e porcentagem). Para os dados provenientes da entrevista, utilizou-se a análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin. A partir das análises das falas obtidas nas entrevistas, emergiram 05 categorias e 22 subcategorias, que foram compostas por 295 recortes das falas. Os sintomas físicos foram os mais relatados, e a principal estratégia utilizada foi o uso de medicamentos. Dentre as explicações para o sofrimento se destacaram elementos de vulnerabilidade social e programática, como desigualdade de gênero, violência, cuidado com os filhos, problemas de saúde, dentre outros. Portanto, por meio das histórias de vida, foi possível analisar inúmeros elementos que suscetibilizam estas mulheres ao adoecimento.

Palavras-Chave: Doença dos nervos; Vulnerabilidades; Mulheres; Contexto rural.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of Common Mental Disorder (CMD) and its association with sociodemographic variables, lifestyle and mental health care in women residing in a rural city in the Paraíba hinterland. 210 women aged between 20 and 89 years participated ($M = 47.45$; $SD = 17.25$). For data collection, a sociodemographic and health questionnaire and the Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) were used. The data were analyzed using the free software GNU PSPP (1.0.1) in which descriptive statistics (frequency distribution, measures of central tendency as the mean, and dispersion as the standard deviation) were performed, Chi-square test (χ^2), and Student's t-test. The prevalence of CMD was 35.7%, with greater symptoms among women with primary education, brown, housewives, married, with children, and earning up to 1 minimum wage. The results also identified that the non-performance of physical activities, recognizing yourself as an ill of the nerves, hearing comments from neighbors about suffering from such a condition, the use of psychotropics, and consultations with psychologists and psychiatrists were also statistically associated with CMD. It is observed the relationship between living conditions and the health-disease process.

Keywords: Common Mental Disorder; Women; Rural city; Social Determinants of Health.

INTRODUÇÃO

O termo doença dos nervos, usado com frequência nas classes populares, diz respeito às queixas polissintomáticas que não se enquadram nos diagnósticos psiquiátricos, e engloba sintomas como irritabilidade, tristeza, dor de cabeça, fadiga, dificuldade de concentração, insônia, tremor, falta de memória, dentre outros. Ou seja, é um conjunto de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos (Medeiros, 2019; Leal, Morais, Costa, & Silva, 2019; Medeiros & Alvares, 2016; Parreira et al., 2017). Segundo Fonseca (2007), este sofrimento pode se referir a uma diversidade de estados de perturbação, que vão desde os transtornos leves até estados muito graves.

Ao analisar o contexto histórico, considerações sobre os “nervos” já eram identificadas em tempos hipocráticos, uma vez que a doença dos nervos esteve associada à histeria. Na Grécia Antiga, Hipócrates considerava a histeria como uma patologia de natureza orgânica, decorrida em razão de problemas de origem uterina, na qual concebia o útero como organismo vivo que podia se deslocar pelo corpo, e assim era compreendido enquanto um problema da mulher. A esta mobilidade, Hipócrates chamava de sufocação da matriz, que mais tarde passou a ser nomeada de histeria (Silveira, 2000; Belintani, 2003). Por volta do século XVII, a medicina passa a estudar os tendões nervosos do complexo neurológico do corpo humano, e há uma retificação do fenômeno pelos saberes médicos nas narrativas sobre a doença dos nervos, ocorrendo, posteriormente, o florescimento das classificações psiquiátricas (Duarte, 1986).

Estas primeiras descrições são modificadas ao longo do tempo, e o termo nervoso é incorporado as explicações acerca do sofrimento psíquico. Contudo, a mulher continuou sendo colocada nas narrativas como principal foco da doença, sejam por questões físicas, sejam por questões morais (Silveira, 2000). Nesse sentido, analisar a história permite compreender como os discursos e práticas foram surgindo, e como influenciam nas formas de cuidados no dia a dia.

Na literatura, outras nomenclaturas são utilizadas para este sofrimento, tais como: sofrimento difuso, queixas mal-definidas, refratários, psicossomatização, morbidades psiquiátricas menores. Cada uma destas terminologias carrega consigo um significado próprio, e apresentam diferenças entre si. Esta falta de consenso nas definições, decorre da diversidade de paradigmas existentes para tratar uma expressão de sofrimento (Fonseca, 2007). Atualmente, no meio acadêmico, o conceito mais difundido é o de Transtorno Mental Comum (TMC) (Furtado et al., 2019). No entanto, Medeiros (2019)

destaca que a doença dos nervos é uma tentativa de expressão do sofrimento decorrente das condições de vida e existência, por isso, não deveria fazer parte de nenhuma categoria diagnóstica, pois não é possível compreendê-la a partir do modelo biomédico.

Como já destacava o antropólogo Duarte (1993), existe uma preocupação em obter uma definição clínica dos nervos, mas esquece-se destas experiências quotidianas dos nervos ou dos significados compartilhados pelos usuários do termo. Citando Davis e Guarnaccia (1989), Duarte (1993, p. 53) acrescenta que “o nervoso não é apenas uma rubrica para os diagnósticos psiquiátricos, mas, antes, uma categoria culturalmente construída e culturalmente significativa que pode existir em relação às categorias diagnósticas psiquiátricas, mas não se resumir a elas”.

Este sofrimento acomete com maior frequência alguns grupos populacionais com características específicas, tais como: mulheres; vítimas de violência doméstica; com baixo nível de escolaridade; e baixa renda; precárias condições de moradia; sem atividade de lazer (Leite et al., 2017; Furtado et al., 2019; Kasper & Schermann, 2014; Furtado, 2016; Pinho & Araújo, 2012; Senicato, Azevedo, & Barros, 2018). Observa-se, portanto, uma relação deste sofrimento com exposição à pobreza, violência e ao mal-estar social (Nepomuceno, 2019).

Para se compreender as relações entre gênero e saúde mental, é preciso considerar as trajetórias de vida das mulheres, uma vez que as condições de vida “levam os indivíduos a se sentir fragilizados e/ou impotentes diante das condições que lhes são dadas” (Alves, 2002, p. 158). Nestas histórias de vidas, observa-se precárias condições de vida, ausência de políticas públicas e narrativas de vulnerabilidade e iniquidade social. Ou seja, há condições socioeconômicas e estruturantes de vida que aumentam a suscetibilidade destas mulheres a este sofrimento psíquico. Estas questões podem ser agravadas em determinados contextos socioculturais, como as cidades rurais da região Nordeste (Furtado et al., 2019).

Estudar a saúde das populações que residem em contextos rurais é uma necessidade de longa data. Historicamente, o espaço rural apresenta maiores taxas de pobreza, baixos níveis de escolaridade e de pouca ação do Estado, no que se refere à promoção da saúde e assistência social (Marmentini, 2017). Em virtude dessa precariedade social, econômica, laboral e sanitária, as populações rurais, em especial, as mulheres, estão mais vulneráveis ao surgimento deste sofrimento (Costa, Dimenstein, & Leite, 2015).

Segundo Costa et al. (2015), a carência de atenção em saúde mental nestes espaços é agravada em virtude da dificuldade de articulação e diálogo entre as ações de cuidado à saúde mental na atenção primária e também devido à escassez de serviços especializados de saúde mental na rede de atenção psicossocial. Neste cenário, frequentemente, nos atendimentos realizados as mulheres, há uma “medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem, e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis” (Silveira, 2000, p. 76). Por isso, Furtado et al. (2019) salientam que, embora os sintomas somáticos sejam frequentes, o diagnóstico e o seu manejo requerem considerar outros aspectos para além do “corpo físico”. Há que se considerar o tecido social, as condições de vida, papéis de gênero, ou seja, elementos de vulnerabilidade.

O quadro conceitual da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH) auxilia na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, pois amplia significativamente as perspectivas biopsicossocial e sociopsicológicas, aprofundando a análise dos determinantes sociais da saúde. Propõe este processo numa perspectiva compreensiva do sujeito enquanto sujeito de direitos, e enfatiza a responsabilidade do Estado como integrante dos determinantes contextuais e sociais desse processo (Saldanha, Braga, Amorim, Silva, & Neto, 2020; Paiva, 2017; Ayres, Paiva, & França Jr., 2012). Portanto, o conceito de vulnerabilidade refere-se a um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (Ayres et al., 2012, p.78).

Este quadro considera três níveis interdependentes: individual, social e programático. A vulnerabilidade individual diz respeito ao conhecimento que o indivíduo dispõe sobre o problema e sua capacidade de transformar sua realidade por meio de ações que sejam protetivas e preventivas em seu contexto social. A dimensão social da vulnerabilidade trata dos aspectos contextuais e sociais que podem facilitar o processo de adoecimento dos indivíduos e coletividades; remete a obtenção de informações e do poder de usá-las para influenciar socialmente e politicamente. Por fim, a vulnerabilidade programática realiza uma ligação entre os planos individual e social, considerando a capacidade dos governos de proteger e promover o acesso o direito à saúde. Refere-se ainda ao vínculo entre usuários e profissionais dos serviços de saúde, bem como as ações recomendadas e adotadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos

disponíveis. A vulnerabilidade para ser compreendida precisa ser analisada pela interligação entre as três dimensões, pois é a partir desta dinâmica que os conceitos de prevenção e promoção são mais realistas e orientados (Ayres et al., 2012; Saldanha et al., 2020).

Diante do exposto, visando refletir acerca da complexidade da doença dos nervos e de possíveis estratégias de prevenção e promoção de saúde que possam vir a serem adotadas frente a este sofrimento, o presente estudo teve como objetivo analisar os elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidade à doença dos nervos, a partir das histórias de vida, de mulheres do Sertão da Paraíba.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Para Minayo (2014, p. 21), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Participantes

O estudo foi realizado na cidade de Bom Jesus, localizado no Sertão do estado da Paraíba. Esta possui uma população de 2.400 habitantes e um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH [0,597]) (IBGE, 2010), sendo considerado, portanto, um município rural e com indicadores de vulnerabilidade social, os quais têm sido associados aos TMC`s.

A composição da amostra ocorreu de modo não-probabilístico, por conveniência (Gil, 2019). Participaram 12 mulheres, que foram selecionadas a partir de sua participação no estudo I, obedecendo ao critério de inclusão de ter pontuado ao menos sete itens do SRQ-20, indicando assim a presença de TMC.

A fim de resguardar a identidade das participantes da pesquisa, optou-se por nomeá-las com nomes de plantas presentes no Sertão nordestino. Esta escolha se justifica porque ambas, mulheres e plantas, apesar de viverem em contextos difíceis, resistem nestes cenários. Destaca-se ainda que os nomes citados nas entrevistas foram substituídos por nomes fictícios.

Instrumentos

Para a coleta dos dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, que se trata de um instrumento comumente utilizado em estudos qualitativos por possibilitar a apreensão de ideias, opiniões e depoimentos que permitem conhecer o conjunto de significados e símbolos utilizados pelo indivíduo para comunicar-se no seu dia a dia (Gil, 2019). Nesta fez-se uso de uma abordagem biográfica, que possui um compromisso com a história como processo de rememoração, com o qual a vida vai sendo revisitada pelo sujeito, e divide-se em quatro categorias, a saber: História Oral, Biografia, Autobiografia e História de Vida.

Neste estudo, utilizou-se o método História de vida, na qual há a preocupação com o vínculo entre o sujeito e o pesquisador (Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007). “A pesquisa com histórias de vida é, assim, um processo de construção de conhecimento a partir da relação específica entre dois atores: pesquisador e sujeito pesquisado” (Nogueira, Barros, Araujo, & Pimenta, 2017, p. 468).

Inicialmente, solicitou-se as mulheres que contassem sua história, por meio da evocação: “Gostaria que você contasse um pouco de tua história a partir do momento que você começou a sentir problema dos nervos” (Apêndice II). Ao longo da entrevista, outras questões foram introduzidas a fim de analisar melhor as histórias de vida. Destaca-se que método utilizado se desenvolve por meio desta relação que foi sendo criada. Esta técnica articula a história individual e a história coletiva, destacando-se a possibilidade de compreender o mundo subjetivo da qual o sujeito vive, perpassado por fatos sociais (Nogueira et al., 2017).

Procedimento de coleta de dados e aspectos éticos

Após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme parecer N° 3.840.227 (Anexo IV), e obedecendo as normas das resoluções N° 466/12 e N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e aceite em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II) e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV) (Anexo III), a coleta dos dados ocorreu de modo individual nas residências das participantes. As mulheres que responderam de modo afirmativo sete pontos ou mais no SRQ-20 no estudo I foram convidadas a realizar o procedimento de entrevista, que foi previamente agendado mediante disponibilidade da participante.

Finalizou-se a coleta dos dados considerando a saturação teórica. Nesta técnica, o pesquisador pode finalizar a coleta ao avaliar que não há novos dados a serem acrescentados (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram descritos por meio de frequência. Para os dados provenientes da entrevista, utilizou-se a análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016). Esta se divide em três fases, sendo elas: pré-análise, exploração do material ou codificação, e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise consiste em organizar o material, e envolve realizar uma leitura “flutuante” para ter algum conhecimento deste, a escolha do que será analisado, formular hipóteses e objetivos, e elaborar os indicadores que irão orientar a interpretação e a preparação do material. Para tanto, é preciso observar alguns critérios, como: (I) exaustividade (análise exaustiva de todo o material a ponto de esgotar a totalidade do assunto); (II) representatividade (a amostra deve representar o universo); (III) homogeneidade (o corpus da categoria deve ser homogêneo e serem coletados por meio de técnicas iguais e sujeitos semelhantes); (IV) pertinência (os conteúdos devem ser adaptados aos objetivos da pesquisa); e (V) exclusividade, (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Na etapa de exploração do material ou codificação se escolhe as unidades de registro, que pode ser um tema, palavra ou frase. Na última etapa, que é o tratamento dos resultados, busca-se interpretar os dados obtidos, embasando as análises por meio de um referencial teórico (Bardin, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das participantes foi de 44,58 anos, com idades variando de 28 a 63 anos. O tempo médio que residem na cidade foi 33,33 anos, sendo o menor período de 15 anos. Com relação a escolaridade, 33,3% cursaram algum ano do ensino fundamental, mas nenhuma concluiu. A maioria eram donas de casa; pardas; com 1 ou 2 filhos; casada; e recebiam menos de 1 salário mínimo. Todos estes dados podem ser verificados na Tabela 6.

Tabela 6

Perfil sociodemográfico das participantes

Variáveis	Nº
Escolaridade	
Sem escolaridade	01
Ensino Fundamental	04
Ensino Médio	04
Ensino superior	03
Trabalho/Ocupação	
Dona de casa	04
Aposentada	03
Funcionária Pública	02
Agricultora/pescadora	02
Autônoma	01
Cor da Pele	
Parda	09
Branca	03
Nº de filhos	
Nenhum	01
1 -2 filhos	07
3-4 filhos	02
>5 filhos	02
Estado Civil	
Casada	08
Solteira	02
Separada	02
Renda familiar*	
Menos que 1 salário	06
Entre 1 e 2 salários	02
Mais de 2 salários	04
Beneficiária de Bolsa Família	
Não	07
Sim	05
Religião	
Católica	12

*Salário mínimo vigente no período da pesquisa: \$1.045,00

A partir das análises das falas obtidas nas entrevistas, emergiram 05 categorias e 22 subcategorias. Estas foram compostas por 295 recortes das falas das mulheres ao narrarem suas histórias de vida. A categoria que apresentou o maior percentual de falas foi a categoria *Explicações e implicações da doença dos nervos* (77,1%), seguido de *Enfrentamento do sofrimento* (24,7%). Dentre as subcategorias, a que apresentou maior quantidade de unidades de conteúdo foi o *Uso de calmantes* (n=35), seguida de *Fé e religiosidade* (n=28), e *Motivos do adoecimento* (n=26), conforme demonstrado na Tabela 7. Por meio destas categorias, pôde se observar os elementos e situações que contribuem para maior vulnerabilidade a doença dos nervos entre as mulheres rurais investigadas.

Tabela 7
Categorias, subcategorias e unidades de conteúdo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Conteúdo (f)	Unidades de Conteúdo (%)
Sintomas	Sofrimento psíquico	18	
	Sintomas físicos	19	18,6
	Ideação suicida	10	
	Associação com outras enfermidades	08	
Explicações e implicações da doença dos nervos	Motivos do adoecimento	26	
	Vivências sofridas desde a infância	09	
	Nomeação do próprio sofrimento	11	27,1
	Sofrimento naturalizado	09	
	Repercussões no cotidiano	12	
	Trabalho como agravante	13	
Medicamentos	Uso de calmantes	35	
	Tempo de consumo	07	20,3
	Prescrição	13	
	Pobreza e cuidados em saúde mental	05	
Enfrentamento do sofrimento	Tipos de apoio social	21	
	Fé e Religiosidade	28	24,7
	Sofrimento sob “controle”	06	
	Ida à psicóloga	06	
	Atendimentos em serviços de saúde	12	
Família	Gênero e o “dever” de cuidar	15	
	Falta de apoio dos parentes	05	9,2
	Consumo de álcool por familiares	07	
TOTAL		295	100

Sintomas

Na categoria *Sintomas*, composta por 04 subcategorias e representando 18,6% das unidades de conteúdo, enfatiza-se os sinais e sintomas vivenciados pelas participantes na doença dos nervos. Estes sintomas “podem expressar uma parte da história de desespero que não pode ser descrita com palavras, mas pode ser observada na maneira como a pessoa a expressa através das queixas físicas e dos sentimentos” (Azevedo, 2012, p. 230).

A doença dos nervos é uma doença complexa que envolve sintomas físicos e psíquicos. O *sofrimento psíquico* gerado por esta condição afeta a qualidade de vidas destas mulheres e repercute nos mais diversos cenários. Apesar de possuir semelhanças entre si, são vivenciados de modos particulares (Medeiros, 2003). Dentre as queixas psíquicas, destacaram-se choro frequente, medo, nervosismo, falta de paciência, agressividade, e angústia, conforme demonstrado nas falas abaixo.

Muito medo. Eu sentia medo. As vez, até quando tava falando, qualquer coisinha que falava, se eu me sentisse ruim já era logo choro, tremia muito também. As vezes quando eu ia falar, que eu tava...que tinha um nervosismo muito grande não dava tempo nem abrir a boca que já era chorando, aquela coisa ruim por dentro. (Mulungu, 40 anos)

Eu sentia fadiga, aquela coisa na minha cabeça, né? A minha vontade era, quando não era de se esconder, tinha medo da noite, tinha medo da noite, tinha medo de tudo. Até fugir dentro de casa, eu fui pra casa da minha mãe, e fiquei dentro de um quarto lá na casa dela, aí então me tranquei num quarto dela, que eu tinha medo da noite. A minha vida era com uma lanterna na mão, e tudo que acontecia eu já era espantada com a lanterna na mão acesa. Então era vontade de desabar, sabe?! Se eu pudesse, desabava, ia embora, num dava notícia a ninguém. (...) E chorava muito, e comia muito. (...) Aquele desespero, aquele desengano e encostava a comida e ia chorar, aí parava de chorar, acendia cigarro e ia fumar (...) Aquela fadiga, agonia na cabeça, era aquela agonia no corpo, aquela coisa assim: ‘porque que eu tô aqui? Num era pra tá aqui’. Aquela coisa assim, sabe? Me perguntando porque é que eu tava aqui. E, não gosto, eu queria sair, eu queria ir me embora. (Trapiá, 53 anos)

Segundo Furtado (2016), diante deste sofrimento, o choro é uma estratégia utilizada pelas mulheres para demonstrar que nem sempre são passivas diante das

circunstâncias, encontrando assim, nesta manifestação, mecanismos que as ajudam a lidar com o sofrimento, inclusive, a ter algum controle sobre a situação.

Intensificando este sofrimento psíquico, as participantes destacaram também *ideação suicida*. Diante das difíceis condições em que vivem, das vulnerabilidades que estão expostas, e da dificuldade de encontrar soluções para os problemas bem como a falta de apoio, o sentimento de desesperança surge intensamente, e, a partir de então, estas mulheres veem a morte como uma alternativa possível para apaziguar suas dores. De acordo com Trevisan (2010), as mulheres apresentam menores taxas de suicídio do que os homens, porém possuem uma maior quantidade de tentativas de suicídio. É importante enfatizar que, no tocante a expressão do sofrimento, as mulheres são incentivadas a internalizar suas dores, o que as tornam mais vulneráveis a quadros de ansiedade, depressão e ideação suicida. Percebe-se, assim, que as formas de expressão do sofrimento estão relacionadas aos papéis de gênero (Leite et al., 2017).

Trevisan (2010), objetivando analisar os contextos de vulnerabilidade na vida de mulheres que tentaram suicídio com o uso de medicamentos psicoativos, constatou que as mulheres que tentaram suicídio apresentavam alta vulnerabilidade social, destacando-se a presença de eventos estressores, principalmente no seio familiar, como carência afetiva, violência, falta de apoio, antecedentes familiares para transtorno mental e uso de droga por algum parente. Portanto, perante as realidades aqui mencionadas, faz-se necessário o desenvolvimento de ações que visem a promoção da qualidade de vida, proteção e recuperação da saúde.

Tentei tirar minha vida; pensei várias vezes tirar minha vida, mas felizmente Deus não deixou. (Angico, 52 anos)

Já vem muitas vezes de ter vontade de se matar, só que quando olhava para as crianças eu me segurava, porque via que eles tavam ali e eu não podia né?! (Mandacaru, 57 anos)

(...)de domingo agora há oito dias, eu tava esperando, eu tava criando coragem pra tirar minha própria vida. (Manacá, 34 anos)

Os *sintomas físicos* foram os mais relatados pelas participantes, corroborando com a literatura (Furtado, 2016; Furtado et al., 2019; Azevedo, 2012; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004). Como pode ser observado nas falas a seguir, queixas somáticas como taquicardia, dor de cabeça, falta de ar, dor no peito, tremor são frequentes nas sofredoras dos nervos.

Eu sentia o corpo tremendo (...) chega ficava com o coração disparado, sentia umas dor na cabeça. (Melosa, 31 anos)

O corpo gelado e as mãos querendo tremer, tipo uma tremilica no corpo todim. (Mulungu, 40 anos)

(...) tremor, fico me tremendo, chega bate os queixos (...) As pernas trava e sinto a sensação, assim, como eu tô sentindo uma dor e não tá. Fica faltando minha voz. Não consigo falar, não consigo falar, você fala comigo, eu quero falar e não posso. (Mussambê, 42 anos)

A manifestação deste sofrimento no corpo é uma estratégia utilizada para legitimá-lo enquanto um problema de saúde, visto que os nervos não são reconhecidos no modelo biomédico (Furtado, 2016). Segundo Azevedo (2012), neste modelo há uma hipervalorização de queixas fisiológicas, ou seja, que são “objetivas” e “concretas”. A supracitada autora acrescenta ainda que em um processo de adoecimento, dar-se uma maior atenção ao biológico, pois é o corpo o primeiro a ser examinado, em virtude do conhecimento conquistado pela medicina. Apesar dessa materialização da doença dos nervos, não há uma etiologia orgânica, que seja passível de diagnóstico médico. Nesse sentido, constata-se que o sofrimento das precárias condições de existência é materializado no corpo como forma de ser visto e cuidado.

Arelado as queixas já mencionadas, as participantes associaram a doença dos nervos a *outras enfermidades*. Nesse sentido, a partir das falas fica o questionamento se estas outras enfermidades são agravantes da doença dos nervos ou agravadas por ela, ou seja, se são causas ou consequências.

Foi um problema que começou logo com minha pressão. Tive minha pressão descontrolada por um bom tempo. (Mulungu, 40 anos)

O médico falou que eu tinha arritmia. (Malva, 44 anos)

Segundo Senicato, Azevedo e Barros (2018), a gravidade do sofrimento psíquico pode estar relacionada a morbididades associadas. Em seu estudo, os referidos autores analisaram que as mulheres portadoras de quatro ou mais doenças crônicas apresentavam quase quatro vezes mais prevalência de Transtorno Mental Comum com relação as que não tinham nenhuma doença. Uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde, realizada em 17 países também verificou associações de transtornos mentais (ansiosos e depressivos) com condições físicas como doença cardíaca, hipertensão, dor crônica, dentre outras (Scott et al., 2007). Apesar de alguns estudos demonstrarem esta relação

entre transtorno mental e morbidades, faz-se necessário um maior número de pesquisas que visem aprofundar a temática (Senicato et al., 2018).

Explicações e implicações da doença dos nervos

A presente categoria correspondeu a 27,1% das unidades de conteúdo, e apresentou seis subcategorias, a saber: motivos do adoecimento; vivências de sofrimento desde a infância; nomeação do próprio sofrimento; sofrimento naturalizado; repercussões no cotidiano; e trabalho como agravante.

Na subcategoria *motivos do adoecimento*, as mulheres buscaram explicar as causas dos sintomas, bem como os fatores que os mantinham e/ou desencadeavam “crises”. A noção de causalidade esteve intrínseca as falas das participantes, como pode ser constatado abaixo.

Foi desde quando...é... meu marido começou a beber. Bebia, chegava em casa e discutia muito, aí fui...eu não tinha esses problemas não; aí quando ele começou beber mesmo, que bebia todo final de semana, aí chegava em casa e a gente discutia muito, aí eu fiquei com problema nos nervos. (Melosa, 31 anos)

Faz muitos anos. Desde que eu trabalhava e estudava, e não tinha tempo pra dormir nem para me alimentar direito, aí começou aquela ansiedade pelo tempo que era muita coisa, muita tarefa, atividade pra mim dar conta, tanto de casa quanto do trabalho, e quanto da faculdade. Aí isso me deixou muito ansiosa. (Mucunã, 58 anos)

As explicações para o adoecimento dos nervos envolvem fatores de natureza orgânica, aspectos afetivos, relacionais e situacionais (Castro, 2010; Furtado, 2016). Dentre as principais “causas” destacaram-se questões relacionadas ao seio familiar, como: alcoolismo de familiares, problema de saúde na família, relações familiares conflituosas, preocupação com os filhos, violência doméstica e preocupações do dia a dia. As condições de vida que estas mulheres vivenciam são marcadas pela pobreza, o que as vulnerabilizam. A associação destes fatores a doença dos nervos também é constatada em outros estudos (Castro, 2010; Furtado, 2016; Silveira, 2000; Nepomuceno, 2019; Medeiros, 2019).

O entendimento dos sintomas também foi pautado a partir de uma reprodução do modelo biomédico, configurando assim como um aspecto de vulnerabilidade social. Na fala da participante Trapiá, ela associa o problema dos nervos a uma questão hormonal,

destacando que já havia feito um histerectomia e que os hormônios seriam os responsáveis pelas crises que já havia vivenciado. Como já discutido anteriormente, esta relação entre este adoecimento e o sistema reprodutor feminino é um fato histórico.

Mas eu acho que só foi a questão do hormônio, né? Devido em ter sido cirurgiada, né? Paulo, meu sobrinho, né, tinha conversado comigo, e tinha dito: ‘Tia, a senhora vai ter uma queda de nervo, porque o hormônio da senhora vai atacar o nervo, vai atacar o problema de osso, né? Ou uma coisa ou outra, a senhora vai sentir. No caso, atacou o problema de nervo, minha cabeça. (Trapiá, 53 anos)

Apesar de relatarem algum evento ou situação que tenha “originado” o problema, as próprias mulheres reconhecem que as vivências de sofrimento desde a infância as tornam mais suscetíveis. A construção de sentidos acerca de vivências na infância serem causa da doença dos nervos também foi verificada nos estudos de Castro (2010) e Silveira (2000). Segundo Fonseca (2007), desde muito jovens estas mulheres são expostas a condições de vida precárias e vivências de violências, como é provado pelas falas das participantes.

Minha infância foi muito ruim, só sofri. Era muito filho que meu pai tinha, era 13 filhos, pra ele mais mãe trabalhar e dá comida a nós, e tinha dia que não tinha (choro intenso). Foi muito ruim, eu não tive infância. Minha infância foi muito ruim, muito ruim. (pausa) (Angico, 52 anos)

A minha infância foi terrível. Como você sabe, foi sempre pai bebendo, expulsando a gente de casa. A gente, por exemplo, amanhecia e não anoitecia dentro de casa, porque ele botava a gente pra dormir no meio da rua. Foi sempre vendo ele espancando mãe, batendo em mãe, batendo na gente, né? Naquele tempo podia chamar a polícia que não tinha policiamento, não tinha nada, então, esse sofrimento. Fome, que a gente passou fome também, né? Tudo isso que aconteceu na vida da gente, né? Ver o pai da gente 24 horas brigando, batendo na mãe da gente, com faca, com foice, com tudo, né? Então minha vida de criança eu acho que não foi normal não, né? Não foi boa. Foi uma vida muito carregada, de criança. Então, de pequeno, eu já vendo isso, já comecei a me sentir mal (Velame, 33 anos)

A violência contra as mulheres não é um evento isolado, conforme destaca Mendonça e Ludermir (2017, p. 2), “é um padrão de comportamento que viola os direitos das mulheres e meninas, limita a sua participação na sociedade e prejudica a sua saúde e bem-estar”. Deste modo, estudos (Mendonça & Ludermir, 2017; Ludermir, Schraiber,

D'Oliveira, França-Junior, & Jansen, 2008; Medeiros & Zanello, 2018) têm demonstrado a associação de violência de gênero e sofrimento psíquico. No entanto, Medeiros e Zanello (2018) enfatizam que, no Brasil, o diálogo entre as políticas para a mulheres e as políticas de saúde mental ainda é incipiente; falta uma integralidade do cuidado as mulheres com histórico de violência. Observa-se então, no país, uma vulnerabilidade programática que é histórica, ou seja, a incapacidade do Estado de proteger e promover a saúde de seus cidadãos, principalmente as mulheres. Para Nepomuceno (2019), a naturalização e invisibilidade da violência de gênero contribui para sua perpetuação. No contexto rural, este quadro é agravado em virtude de alguns fatores como a falta de informações, um déficit de políticas de enfrentamento a violência e falta de redes de apoio (Cirilo Neto & Dimenstein, 2017).

Na subcategoria *nomeação do próprio sofrimento*, as mulheres reproduziram o discurso biomédico, na qual há a busca pela categorização do sofrimento de acordo com a nosologia psiquiátrica. Esta ação de equivaler a doença dos nervos a categorias diagnósticas ou a nomeações já conhecidas pode ser uma tentativa de diminuir a angústia bem como ser mais fácil encontrar ajuda, visto que, as categorias psiquiátricas são reconhecidas pelos profissionais de saúde, apesar de também não receberem a devida atenção. Neste sentido, destaca-se que os “processos de determinação da saúde mental, pobreza e ruralidade são fatores influentes na produção dos processos de sofrimento psíquico e possibilidades de acesso à uma rede de cuidado em saúde” (Nepomuceno, 2019, p.94).

(...) porque tive depressão, tipo uma depressão pós-parto, porque eu não fui a nenhum especialista(...). (Flor de cera, 28 anos)

Agora eu pensava que ia pegar uma depressão, porque é muito pesado, foi muito forte pra gente aguentar. Mas graças a Deus, eu tô superando ó que ainda hoje...Sim...Ultimamente, eu tenho aquela ansiedade. Que pra mim que vai dar uma depressão. (Mucunã, 58 anos)

Pra mim, é uma mistura de ansiedade com síndrome do pânico. (...) É uma mistura de nervosismo, de ansiedade com síndrome do pânico, porque eu tenho medo, tudo que cai eu me assusto. As vezes eu tenho vontade de chorar do nada. É uma mistura disso tudo. (Velame, 33 anos)

Na subcategoria *sofrimento naturalizado*, as mulheres naturalizaram as difíceis condições em que vivem e o sofrimento. Furtado (2016) enfatiza que a expressão deste sofrimento apresenta tanto elementos individuais quanto coletivos. As crenças acerca do

que seja ou não sofrimento psíquico influencia tanto na manifestação dos sintomas quanto no cuidado, ou na falta dele. Em contextos rurais, estas crenças podem encobrir outros elementos de vulnerabilidade, como questões socioeconômicas, violência de gênero, deficiência da rede de cuidados em saúde mental. De acordo com Cirilo Neto e Dimenstein (2017), quando há uma compreensão de que as necessidades de saúde são produzidas de acordo com os territórios de existência concreta das populações, desnaturaliza-se o entendimento sobre as condições de vida e os problemas de saúde, e passa a dar atenção aos fatores socioambientais que interferem nessas condições.

Minha vida, toda vida foi essa, toda vida minha vida foi essa (de sofrimento).
(Cumarú, 63 anos)

(...) no dia a dia a gente vai só levando, levando, como se diz, empurrando com a barriga a situação, as situações com relação as vivências do dia a dia. (Flor de cera, 28 anos)

Aí vou fazer o que né?! Tem que ter paciência né?! (Mandacaru, 57 anos)

Todas as condições aqui descritas repercutem negativamente na vida destas mulheres. Como *repercussões no cotidiano*, além das já mencionados, foram destacados sentimentos de vergonha, rejeição, solidão e desesperança. Outrossim, foi a percepção de discriminação de seu sofrimento. Este preconceito e banalização da dor do outro apresenta-se como um elemento de vulnerabilidade social e programática.

E, assim, eu não queria ser tratada dessa forma. Eu não sou louca. (Manacá, 34 anos)

Não é fácil. Eu acho... sei lá... eu digo que eu não tenho amigo, não tenho nada. E digo, amigo é eu mesmo, só mesmo. Não tem com quem eu desabafar, nem nada, aí fico na minha. (Cumarú, 63 anos)

Destaca-se o *trabalho como agravante* deste quadro. Como já apresentado, as mulheres vivenciam cansativas jornadas de trabalho, o que as sobrecarrega, acarretando sofrimento psíquico e físico (Costa et al., 2015; Bonfim, Costa, & Lopes, 2013). No tocante ao trabalho doméstico, estudos (Pinho & Araújo, 2012; Leite et al., 2017) demonstram uma relação entre sofrimento psíquico e a sobrecarga de trabalho neste espaço, pois é um trabalho desvalorizado, em que não há férias nem remuneração. E mesmo as mulheres que estão no mercado de trabalho, assumem as funções de casa em seu cotidiano. Deste modo, estas mulheres assumem diferentes papéis, e cada um deles gera responsabilidades e preocupações, tornando-as mais vulneráveis a um adoecimento psíquico.

Aí na escola como é muito complicado se lidar com muita gente, é uma coisa muito boa para se fazer. Eu amo as crianças e tudo, mas o ambiente mesmo já é muito estressante, que já gera ansiedade na pessoa. (Flor de cera, 28 anos)

Medicamentos

Para lidar com os fatores associados ao sofrimento mental, que são agravados pelas vulnerabilidades psicossociais presentes nos contextos rurais, estas mulheres recorrem frequentemente ao *uso de medicamentos*.

Assim, quando eu não tomo o comprimido, eu não durmo direito não, sabe?! (Cumaru, 63 anos)

(...) fiquei boa assim...porque eu tomo remédio, mas se eu parar de tomar, volta tudo de novo. Eu não tenho força de ficar boa não; sem tomar o remédio, não. Se eu parar de tomar eu tenho certeza que volta tudo de novo. Eu tomando, eu sinto. Tem hora que eu quero sentir, se eu ficar nervosa, aí mim dar aquela sensação ruim. Imagina se eu parar de tomar. (Angico, 52 anos)

Se eu parar de tomar o remédio, eu sinto. Se eu parar de tomar o remédio eu sinto. Se eu mesmo tomando o remédio, se eu tiver alguma preocupação grande, eu tiver uma raiva grande, eu sinto. (Trapiá, 53 anos)

Como pode ser observado nas falas das participantes, a medicação é a principal estratégia utilizada para controlar os sintomas e manter sua saúde, e, conseqüentemente, seu funcionamento “normal”. Nesse sentido, Lefèvre (1991) enfatiza que o problema não está no uso da medicação, mas em seu consumo exagerado. Por meio do uso de medicamentos, acredita-se que é possível consumir saúde.

No Brasil, é alto o consumo de psicotrópicos (Prado, Francisco, & Barros, 2017), e diversos estudos tem comprovado esse uso excessivo por mulheres que sofrem dos nervos (Furtado et al., 2019; Medeiros, 2019; Costa et al., 2015; Nepomuceno, 2019). De acordo com Zanello (2010), o processo de medicalização é um modo em que torna possível transformar aspectos da vida cotidiana em objetivo da medicina com vistas a assegurar a conformidade às normas sociais. Corroborando com tal afirmação, Costa et al. (2015) destacam que a medicação pode atuar como um validador do lugar social de submissão ocupado por muitas mulheres. Muitas vezes, o sofrimento feminino é tratado apenas como um problema biológico, sem que seja dada atenção as vulnerabilidades sociais e programáticas a que as mulheres estão expostas (Zanello, 2010)

De acordo com Rabelo e Araújo (2013), medicações do tipo servem para silenciar os conflitos, dores, violências, injustiças, sofrimentos que as mulheres vivenciam no dia a dia. Diante deste cenário, os profissionais de saúde acabam por também silenciarem. Por isso, os autores enfatizam que o uso ou a convivência com a prescrição continuada, servem “para calar a frustração, diante de dimensões de atuação, embasadas no modelo biomédico” (p. 528).

Estudos evidenciam que, frequentemente, as consultas médicas que têm por demanda a doença dos nervos resultam em uma receita azul (Silveira, 2000; Traverso-Yépez e Medeiros, 2004; Borges, Hegadoren, & Miasso, 2015). Nas consultas, muitos usuários procuram alívio para seu sofrimento, bem como uma escuta atenta para as suas dificuldades vivenciadas (Silveira, 2000). No entanto, as usuárias se queixam do descaso no atendimento, da pressa e da incompreensão de muitos profissionais de saúde. A medicalização serve, apenas, como solução imediata para o controle dos sintomas, mas não impede a continuação das crises e nem modifica os aspectos geradores do sofrimento. Para Traverso-Yépez e Medeiros (2004), o uso indiscriminado de medicação é tido como uma consequência do “sofrimento psicossocial crônico”.

Transfigurando o sofrimento psicossocial em uma doença orgânica, cria-se de imediato a necessidade de um agente químico capaz de eliminá-la. No caso específico da doença dos nervos, essa adesão incondicional ao medicamento tem sentido quando, localizado o sofrimento no corpo, acredita-se no medicamento como única forma de cura, uma vez que este vai agir sobre o órgão doente – os nervos (Traverso-Yépez, & Medeiros, 2004, p. 93).

É como se a materialização do sofrimento no corpo fosse aquilo que torna o sofrimento legítimo ao saber científico e, conseqüentemente, implica em tratamento. Ou seja, o estar doente implicaria em apresentar manifestações no corpo, no biológico, e a cura estaria relacionada ao desaparecimento dos sintomas (Dutra, Jorge, Fensterseifer, & Areosa, 2006). Um fator importante a ser observado nesse uso de medicamentos, é o *tempo de consumo* destes. Observa-se um uso prolongado, de décadas, o que tem provocado dependência destas medicações.

Tá com 23 anos que eu tomo remédio controlado, e num me acho bem não. (IN)
São 20 anos que eu tomo esse remédio, e no dia que eu não tomo ele eu fico agitada, não dá vontade de você sair, se alimentar. (Mandacaru, 57 anos)

Esse uso contínuo é decorrente de diversos fatores como o discurso biomédico da medicalização, importância ao biológico em detrimento dos outros campos, urgência de

um resultado, e deficiência na rede de saúde mental. Neste tocante, é importante ter conhecimento sobre o responsável pela *prescrição*. Como pode ser observado no estudo I e nas falas a seguir, o médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o principal prescritor, seguido de cardiologista e, só depois por psiquiatras.

Na época quem passou pra mim esse remédio de ansiedade, foi doutor Francisco (cardiologista). (Mulungu, 40 anos)

Fui pra doutor Joaquim e ele passou esse remédio pra mim e, doutora Maria também aceitou, aí eu comecei a tomar (ambos eram médicos da ESF na cidade). (Mandacaru, 57 anos)

No estudo de Rabello e Araújo (2013), que buscou problematizar a percepção sobre as práticas de atenção ao sofrimento psíquico em equipes da ESF, constatou-se que estes profissionais indicaram algumas especialidades como neurologistas e psiquiatras como os principais responsáveis pela prescrição de benzodiazepínicos. No entanto, algumas equipes buscaram se eximir da responsabilidade de dar continuidade a este uso.

Ao problematizar tal questão, as equipes relataram nos casos em que tentaram diminuir ou retirar a medicação, o paciente retornava aos especialistas e continuava com esse uso. Este fato, demonstra a necessidade de repensar o processo formativo dos profissionais de saúde e necessidade de comunicação entre os diferentes atores envolvidos. Arelado a este problema, há o fato do próprio paciente, em grande parte das vezes, se recusar a não aceitar a retirada ou modificação da medicação pelo profissional da ESF. Neste contexto, é necessário também ter um olhar sobre estes profissionais, que enfrentam desafios diários e estão inseridos em uma rede que apresenta inúmeras dificuldades, demonstrando assim cansaço para iniciar um “confronto” para retirada da medicação (Rabello & Araújo, 2013).

Dimenstein (2013) enfatiza ainda que as demandas de saúde mental que surgem na Atenção Primária são desafiantes para os profissionais, pois estes possuem poucas ferramentas críticas, não têm conhecimento acerca dos aspectos organizacionais e institucionais da saúde pública, e são formados para uma atuação pautada na técnica, que na prática não corresponde às exigências solicitadas pelo Sistema Único de Saúde.

Conforme destaca Costa et al. (2015), nos contextos rurais, há uma maior carência de atenção em saúde mental em virtude das dificuldades de articulação de ações de cuidado à saúde mental na atenção primária e o déficit de serviços especializados e leitos de saúde mental na rede de atenção psicossocial, o que revela elementos de vulnerabilidade programática. Deste modo, muitas mulheres enfrentam dificuldades de

cuidar de sua saúde mental, visto que há essa deficiência da rede pública de cuidado, e elas se encontram em situação de pobreza.

A pobreza é um fator de vulnerabilização ao adoecimento psíquico. Por isso, é importante analisar a relação entre esta condição e os cuidados em saúde mental, pois além de tornar mais as pessoas suscetíveis ao adoecimento, também é responsável pela manutenção do sujeito neste quadro, pois impossibilita-o a fazer uso de alguns recursos disponíveis que pudessem melhorar suas condições de saúde e bem-estar (Nepomuceno, 2019).

De querer fazer, a gente quer. De querer passar no psiquiatra, a gente quer. De querer se acompanhada por uma pessoa com especialista, a gente quer. Mas infelizmente as condições da gente não deixa, né? Que quando a gente pensa uma coisa é outra. Quando vem um problema que a gente arruma aquele dinheiro vem outro mais grave ainda, que a gente precisa ajudar até uma família, até uma pessoa de casa que tá precisando de um remédio, e ali você tá com o dinheiro da sua consulta e diz: ‘não, vou por aqui... depois eu vou pra mim’. Aí você vai esquecendo de você, vai esquecendo, e deixa passar. (Velame, 33 anos)

Enfrentamento do sofrimento

Esta categoria apresentou o segundo maior percentual das unidades de conteúdo, correspondendo a 24,7% das falas. Nela, as participantes narraram quais os recursos utilizavam para enfrentar o sofrimento dos nervos, dentre estes, a *fé e religiosidade* foi o mais enfatizado. Nesta subcategoria, a oração a Deus foi destacada por todas as mulheres. E para ajudar neste processo de enfrentamento, a busca por líderes religiosos, principalmente padres e benzedeiros, são recorrentes.

Às vezes eu fico nervosa, mas eu tenho tanta fé em Deus que entrego a Ele. Aí eu digo: ‘Senhor, seja feita a tua vontade’. Porque tudo é como Deus quer. Não adianta você dizer: ‘não, eu não quero isso não. Quero...’. Deus é quem sabe. Eu mesmo hoje... é por isso que eu tô tranquila, porque eu me entreguei ao Senhor. Ele é quem toma conta de mim, e eu digo: ‘seja feita a tua vontade, Pai’ (Mucunã, 58 anos)

Mas Dona Fátima (benzedeira) já rezou em mim, e eu não sei se foi crença, não sei, eu mandei ela rezar em mim, eu me entendi que deu uma melhorada, entendeu? Passei um monte de tempo sem sentir nada, só que depois nunca mais

eu fui lá. Eu acho que depois minha vida piorou mais ainda, depois que eu não fui mais lá eu tive foi umas piores num tem? (Velame, 33 anos)

(...) eu botei aquilo na cabeça que Deus que me fortalecia. Também tive a ajuda de Padre João, que na época conversou muito comigo. (Malva, 44 anos)

A religiosidade pode ser um importante fator de proteção à saúde mental, em especial aqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade, pois contribui para melhora da qualidade de vida e ajuda a atribuir um novo significado ao sofrimento. Esta religiosidade pode atuar tanto como suporte espiritual quanto psicossocial (Costa et al., 2015). Mediante isso, Murakami e Campos (2012) alertam para a necessidade dos profissionais de saúde reconhecerem a importância desta para a saúde mental, pois há uma lacuna entre o cuidado ofertado e o conhecimento da relevância da religião na vida dos pacientes.

Além da religiosidade, as mulheres entrevistadas destacaram também *outras estratégias de enfrentamento*. Segundo Nepomuceno (2019), o enfrentamento das situações que ocasionam/accentuam o sofrimento é manifesto por meio dos modos de vida, que são vivenciados de maneira coletiva e singular. Corroborando com tal afirmação, Lorena Silva et al. (2016) destaca que este enfrentamento é uma das possibilidades de ampliar as reações frente ao estresse, ao sofrimento e a estagnação de situações cotidianas.

Não, quando eu vejo que eu tô nervosa, às vezes que eu me sinto melhor é quando eu começo a fazer as coisas, começo trabalhar, né? (Mussambê, 42 anos)

Eu mesmo tento me acalmar; tomo água, que não é a hora de eu tomar meu remédio; Choro, aí vai indo e me acalmo. Ninguém me agite, deixa eu quieta no meu canto que eu me acalmo. (Angico, 52 anos)

Apesar das vulnerabilidades a que estas mulheres estão expostas, elas consideram ter algum *controle sobre o sofrimento*. De acordo com Furtado (2016), os modos de cuidado relacionados a este adoecimento, além do controle e remissão dos sintomas, envolve também os sentidos e modos de lidar com este fenômeno. Pautando-se nesta afirmação, pode-se compreender então que a crença no controle é um mecanismo utilizado para atenuar o impacto que, por ventura, pode ser ocasionado em sua vida. No entanto, este controle, muitas vezes está relacionado ao uso da medicação, ou seja, é apenas a remissão de parte da sintomatologia.

Foi com muita fé mesmo que hoje eu posso dizer que eu tenho um controle disso daí (dos sintomas). (Mulungu, 40 anos)

Uma outra forma de enfrentamento do sofrimento são as *idas a psicóloga*, que se configura como prática de autocuidado. No entanto, os profissionais da psicologia na atenção básica, principalmente em contextos rurais, precisam pautar suas ações na busca para compreender os códigos culturais dos contextos em que estão atuando, a fim de que não ocorra um diálogo que tenha ruídos na comunicação, como pode ser verificado na fala da participante abaixo, o que pode criar uma barreira na procura dos serviços por parte da população (Costa et al., 2017).

E como a psicóloga disse também, que não resolvia mais com conversa.
(Mussambê, 42 anos)

Além dos modos de enfrentamento do sofrimento já mencionadas como a religiosidade e outras estratégias, a crença no controle do sofrimento, a ida a psicóloga, as mulheres destacaram também os *atendimentos em serviços de saúde*, diante das crises, que ocorriam/ocorrem principalmente em hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Unidade Básica de Saúde (UBS). Nos dois primeiros serviços, é notório a força do discurso e prática biomédica, na qual resulta em um “calmante na veia”, sem que aja uma escuta deste sofrimento.

O povo me arrastava pra levar pro hospital. Chegava lá só tomava Diazepam na veia e pronto, e vinha pra casa. É muito ruim. (Angico, 52 anos)

Vou pra UPA, e tomo aquelas injeção e fica dormindo direto, Sossega leão. E quando eu chego em casa, durmo. Eu já fui foi muitas vezes. E quando era no tempo de Doutor Joaquim, já fui muitas vezes pra ali. ZE me levou foi muitas vezes, num foi Ze, pra doutor Joaquim?! Aí lá ele conversava, doutor Joaquim conversava e dava conselho e dava medicação, aí eu já me sentia melhor, com as conversas, né? Só que com o tempo, um tempo daí pra cá, tá ficando, eu tô ficando pior, não vou mentir. (Mussambê, 42 anos)

Nesta última fala, observa-se que a atuação do médico da UBS não era restrita a medicação, havia uma escuta, na qual a paciente sentia-se acolhida e compreendida e, conseqüentemente, sentia-se melhor. No entanto, esta participante e uma outra destacaram que atualmente não encontraram este apoio na UBS. Como aponta Furtado (2016), a disponibilidade, qualidade do serviço e acessibilidade a este são fatores que remetem a elementos de vulnerabilidade programática presentes no contexto rural.

Não fui bem atendida. Já fui pra o posto e perguntei a médica e ela mandou eu procurar um psiquiatra. A gente vai pra o posto pra procurar uma solução e a gente não encontra. (Velame, 33 anos)

Não. Fui para Cajazeiras. Num foi pra o posto não.(...) Por causa que eu tive umas confusão, por que eu era do outro lado e eles não me atenderam bem. E você se sente. Você é doente, você chegar num canto e você atende bem, você se sente bem. Mas se você ver que não tá sendo bem atendido, você já tá doente, você já se sente mais pior ainda, mais baixoastral. Então aí, você vai lá porque você tá precisando, né isso? E eles, o que é pra eles fazer? Eles tão ali trabalhando, aí é pra atender nós bem, que nós já tamos precisando de ajuda. Tu acha que eu vou sair da minha casa, deixar o que fazer, e subir lá no posto para quê? E já tenho medo de médico, só vou último, último mesmo. Só me leva mesmo com as crises se eu tiver mal, se eu ver que eu já tô pra morrer. (Mussambê, 42 anos)

Família

Historicamente, as mulheres vivenciam uma forte desigualdade de gênero, sendo evidente os diferentes papéis que foram impostos ao homem e mulher (Medeiros, 2019; Nepomuceno, 2019). Em um estudo realizado em um CAPS, Zanello, Fiuza e Costa (2015), observaram que os discursos das participantes relacionavam o sofrimento a questões como maternidade, casamento, vivências de violências, e invisibilização e silenciamento do sofrimento. Percebe-se então que o sofrimento destas mulheres é decorrente de não conseguir dar conta do cuidado com a família e da casa. Esta relação entre *mulher e o “dever” de cuidar* também foi enfatizado pelas participantes.

É que eu sou a base. Todo mundo adoecer é na minha casa. Todo problema da família sou eu que tenho que resolver. Agora eu não posso adoecer. (Malva, 44 anos)

É aquela pessoa, assim, que tudo que acontece quem resolve é eu. Se vai ter menino, quem vai é eu. Se tá doente, quem vai pra o hospital é eu. Se é pra receber um dinheiro, quem vai aí eu. Se for pra resolver um problema que aconteceu, quem vai é eu. Se acontecer um problema com as meninas lá de Francisca lá de baixo, que já aconteceu isso, quem vai é eu. Ai Carla tá dando trabalho, quem vai resolver é eu. Ei, fulano adoeceu, quem vai é eu. Se tem um menino doente: ‘ei fulano, tu dar o que a tua pra eu dar a minha’. (Velame, 33 anos)

Ao se discutir acerca da sobrecarga que as mulheres vivenciam, que provoca um impacto nos indicadores de saúde e qualidade de vida destas, se propõe também a discutir a falta de apoio social que estas vivenciam. Ao serem colocadas e se colocarem neste

papel de cuidadora, de responsável pela família e pela casa, há uma compreensão limitada dos atores envolvidos. Estes, homens e o poder público, se desresponsabilizam das obrigações no contexto privado (Nepomuceno, 2019). Esta *falta de apoio dos familiares* pode agravar a situação (Senicato et al., 2018; Furtado et al., 2019).

E tem meu marido, é muito bruto pra mim, ele não entende meu lado, que se ele sentisse o que sinto, ele sabia quanto custa a pessoa depressivo. (Angico, 52 anos)
Ninguém fazia nada pra mim, nenhuma louça ninguém lavava, pelo contrário, só jogava lá pra mim lavar. Era comida, roupa lavada, passada, tudo era eu. Tudo, tudo. Porque também tinha o problema do pai, que o pai não deixava elas fazer nada. Não era pra ninguém fazer nada, porque quem tinha direito de fazer era só eu. (Mucunã, 58 anos)

Ainda com relação ao seio familiar, a subcategoria o *uso de álcool por familiares* se apresenta como mais um elemento de sofrimento para as mulheres, que repercute negativamente em sua saúde mental. Lourenço e Fernandes (2011), em uma revisão da literatura, demonstram que o uso do álcool provoca dificuldades da expressão emocional no sistema familiar, bem como gera condutas de hostilidade, conflitualidade e tensão entre os conjugues. Revelam ainda que as mulheres quando comparado aos homens tendem a permanecerem com maior frequência em casamentos onde o parceiro faz uso de álcool, o que revela as desigualdades de gênero

Você sabe né, a pessoa lutar, também que nem sua mãe lutou, com bebida né?!
Desgasta muito a pessoa, desgasta muito. (Cumaru, 63 anos)
Até os meus acho que 15, 16, 17 anos foram de muita dificuldade, da bebida de meu pai; bebeu muito. Foi a coisa que me deixou muito, muito, muito nervosa mesmo, era a bebida né? Ele bebia e a gente sofria muito com isso, foi um momento de muita dificuldade em relação à bebida. Bebia mesmo de passar dois dias fora de casa, e isso me deixava muito, muito nervosa. (Malva, 44 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença dos nervos é uma tentativa de expressar o sofrimento provocado pelas condições de pobreza que muitas pessoas vivenciam, especialmente as mulheres, e que é agravado em contextos rurais. Este sofrimento apresenta-se sob uma diversidade de sintomas, mas as queixas somáticas ganham maior atenção. Nesta há uma finalidade: ser percebida enquanto mulher que sofre e precisa de cuidados. Porém, grande parte dos

profissionais da saúde, veem apenas a sintomatologia física e ignoram todo o resto. Esta ação não é eficaz, nem para o sistema nem para a paciente, pois ela continua a sofrer. Neste processo de somatização, é necessário um olhar amplo que busque além da sintomatologia física, que dê a devida atenção para a história de vida e vivências destas mulheres.

Diante desta realidade, o consumo de medicamentos tem sido a principal terapêutica adotada pelos profissionais de saúde, e a principal estratégia utilizada pelas mulheres. O uso crônico de medicações psicotrópicas encobre a realidade social, e simplifica um fenômeno multicausal. Outra estratégia de enfrentamento usada com frequência foi a fé e religiosidade, que se apresentou como um fator positivo para a saúde mental.

As mulheres que residem nestas localidades vivenciam com maior intensidade precárias condições de vida. Destaca-se ainda a forte desigualdade de gênero, tendo em vista que estas mulheres possuem intensas jornadas de trabalho, assumem diferentes papéis, que associados a fatores como menos oportunidades de emprego, vivências de violência doméstica, discriminação, corroboram para o aumento da vulnerabilidade ao adoecimento dos nervos.

Ao analisar as histórias de vida, constata-se que este adoecimento está relacionado a elementos de vulnerabilidade como alcoolismo na família, relações conflituosas, preocupação com os filhos, violência doméstica, problema de saúde, vivências de sofrimento desde a infância, desigualdades de gênero, falta de apoio, e introjeção do papel de cuidadora. Observou-se ainda que a compreensão acerca da sintomatologia foi pautada a partir do discurso do modelo biomédico.

Portanto, o presente estudo, por meio do quadro das vulnerabilidades, demonstra que o contexto rural investigado apresenta inúmeros elementos que suscetibilizam as mulheres pobres ao adoecimento. E proporciona um olhar ampliado acerca do processo saúde-doença-cuidado. Por meio deste, é possível pensar em propostas de cuidado que considerem o contexto e compreendam as mulheres enquanto portadoras de direitos.

REFERÊNCIAS

Alves, P. C. (2002). Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. [online] (pp. 150-174). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França-Junior, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidades e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de saúde* (pp.71-94). Curitiba: Juruá.
- Azevedo, L. F. M. (2012). Um estudo sobre a “doença dos nervos” para além de um sofrimento incorporado. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 223-235. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200004
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70
- Belintani, G. (2003). Histeria. *Psic: revista da Vetor Editora*, 4(2), 56-69. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167673142003000200008&script=sci_abstract
- Bonfim, E. G., Costa, M. C., & Lopes, M. J. M. (2013). Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital*, 13(2), 193-205. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/viewFile/1115/1115-pdf-pt>
- Borges, T. L., Hegadoren, K. M., & Miasso, A.I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. 38(3), 195-201. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201/pt>
- Castro, C. A. (2010). *Dando conta da “doença dos nervos”: produção de sentidos em conversas com mulheres*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1506/1/2010_dis_CADCastro.PDF

- Cirilo Neto, M., & Dimenstein, M. (2017). Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. *Psicol. cienc. prof.*, 37(2), 461-474. doi:10.1590/1982-3703002542016
- Costa, M. G., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2015). Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1): 13-28. doi:10.15446/rcp.v24n1.41968
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicossocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS en Ciencias Sociales*, 11(1), 43-72. doi:10.18046/recs.i11.1566
- Dutra, D. S., Jorge, E. C., Fensterseifer, J. M., & Areosa, S. V. C. (2006). Doença dos Nervos: Sentidos e Representações. *Psicol. cienc. prof.*, 26(1), 4-11. doi:10.1590/S1414-98932006000100002
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Duarte, L. F. D. (1993). Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 3(2), 43-74. doi:10.1590/S0103-73311993000200002
- Fonseca, M. L. M. G. (2007). *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4988>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27. doi:10.1590/S0102-311X2008000100003
- Furtado, F. M. S. F. (2016). *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas*.

(Tese de Doutorado). Recuperado de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8544>

Furtado, F. M. D. S. F., Saldanha, A. A. W., Moleiro, C. M. M., & Silva, J. (2019). Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 129-140. doi:10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140

Gil, A. C. (2019). Métodos e técnicas de pesquisa social (7ª ed.). São Paulo: Atlas.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperado de <http://censo2010.ibge.gov.br/>

Kasper, L. S. & Schermann, L. B. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. *Aletheia*, 45, 168-176. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013

Leal, L. F. M., Morais, M. C. P., Costa, K. M. O. P., & Silva, J. (2019). Envelhecer em cidades rurais: transtornos mentais comuns em pessoas idosas e na maturidade. In E. C. Sampaio (Org.). *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos* (pp. 3212-321). Recuperado de <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-87196-38-1.pdf>

Lefèvre F. (1991). *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.

Leite, J. F., Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Dantas, C. B., Silva, E. L., & Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768

- Lourenço, S. T. V., & Fernandes, O. M. (2011). “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. *Revista CES Psicologia*, 4(2), 15-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539528003.pdf>
- Ludermir A. B., Schraiber, L. B., D’Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med.*, 66(4), 1008-1018. doi:10.1016/j.socscimed.2007.10.021
- Marmentini, J. S. (2017). Adoecimento mental em comunidades rurais do município de Centenário: perspectivas histórico-sociais. *RELACult – Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade Revista*, 3(3), 1-22. doi:10.23899/relacult.v3i3.858
- Medeiros, L. F. (2019). A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. *Cad. saúde colet.*, 27(4), 448-454. doi:10.1590/1414-462x201900040316
- Medeiros, L. F., & Alvares, P. E. S. (2016). Los trastornos mentales comunes y la medicalización: Una perspectiva a partir de la etnografía institucional. *Revista San Gregorio*, 12, p. 6-15. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10469/10168>
- Medeiros, L. F. (2003). *Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: um estudo sobre a doença dos nervos*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFRN_9354afbd1b435fdc74848ce9c04e4ae3
- Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estud. pesqui. psicol.*, (18)1. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021
- Mendonça, M. F. S., & Ludermir, A. B. (2017). Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Rev Saude Publica*, (51)32. doi:10.1590/s1518-8787.2017051006912

- Murakami, R. & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367. doi:10.1590/S0034-71672012000200024
- Nepomuceno, B. B. (2019). *Implicações psicossociais da pobreza e suas influências na saúde mental e no apoio social de mulheres em contexto rural*. (Tese de doutorado). Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49253/1/2019_tese_bbnepomuceno.pdf
- Nogueira, M. L. M., Barros, V. A., Araujo, A. D. G., & Pimenta, D. A. O. (2017). O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 12(2), 466-485. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200016
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec editora.
- Paiva, V. S. F. (2017). Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial?. In: Nelson da Silva Junior; Wellington Zangari. (Org.). *A psicologia social e a questão do hífen* (pp. 167-192). Sao Paulo: Blucher.
- Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Haas, V. J., Silva, S. R., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2017). Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*, 51. doi:10.1590/S1980-220X2016033103225
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*, 15(3), 560-72. doi:10.1590/S1415-790X2012000300010

- Prado, M. A. M. B., Francisco, P. M. S. B., & Barros, M. B. A. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 26(4), 747-758. doi:10.5123/s1679-49742017000400007
- Rabelo, I. V. M., & Araújo, M. F. (2013). Não estou dormindo nada: práticas de silenciamento do sofrimento. *Fragmentos de cultura*, 23(4), 527-536. doi:10.18224/frag.v23i4.2984
- Saldanha, A. A. W., Braga, L. N. G., Amorim, I. T., Silva, J., & Neto, O. P. (2020). O processo saúde-doença no contexto da psicologia social: vulnerabilidades e percepções em saúde. In Fonseca P. N., Maciel S C. & Gouvea, V. V. (Orgs). *Psicologia Social: aspectos teóricos, metodológicos e práticos* (pp. 134-151). João Pessoa : Editora UFPB.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113–120. doi:10.1016/j.jad.2007.01.015
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S., & Barros, M. B. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(8), 2543-2554. doi:10.1590/1413-81232018238.13652016
- Silva, A., Barros, C., Nogueira, M., & Barros, V. (2007). “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. *Mosaico: estudos em psicologia*, 1(1), 25-35. Recuperado de <http://coletivoepa.pbworks.com/f/historiasdevidametodo.pdf>
- Silveira, M. L. (2000). *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Traverso-Yepey, M. E., & Medeiros, L. F. (2004). Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações*, 09(18), 87-108. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000200006

Trevisan, E. P. T. (2010). Vulnerabilidade de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2481>

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. doi: 10.1590/1984-0292/1483

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação que objetivou investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em uma cidade rural do Sertão paraibano, corrobora com a literatura, destacando que o cenário pesquisado, uma cidade rural, favorece o surgimento da doença dos nervos, pois são frequentes os elementos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais suscetíveis a este adoecimento.

O estudo I, de caráter quantitativo, cujo objetivo foi analisar a prevalência de TMC e os fatores associados, apresentou uma alta incidência deste sofrimento. Os dados revelaram uma associação dos TMC com variáveis sociodemográficas como baixa escolaridade, desemprego, cor da pele, baixa renda, e vivências de violência. No tocante aos cuidados de saúde mental, a associação deste sofrimento ocorreu entre as participantes que se reconheciam como doentes dos nervos, que já haviam escutado comentários de vizinhos sobre sofrerem dos nervos, que faziam uso de medicamentos psicotrópicos, bem como possuir antecedentes familiares para transtornos mentais e doença dos nervos, e ter realizado acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Deste modo, observa-se uma relação entre as condições de vida e o processo saúde-doença-cuidado.

Os dados quantitativos não conseguem dar conta da realidade analisada, pois são inúmeros os elementos intersubjetivos, relacionais, e sociais, que sofrem influência das condições em que se vive, e contribuem para o adoecimento. Portanto, no estudo II, realizou-se uma análise qualitativa do fenômeno. Para isso, se entrevistou 12 mulheres que sofriam com os nervos, analisando por meio de suas histórias de vida os elementos de vulnerabilidade a doença dos nervos que estavam expostas. Verificou-se uma relação entre o ser mulher e as condições de vida que são potencialmente fragilizadoras, provocam sofrimento, e são frequentes no meio rural. Observou-se então que este sofrimento buscava expressar as precárias condições de vida que estas mulheres vivenciavam, destacando-se elementos de vulnerabilidade social e programática, como desigualdade de gênero, violência, cuidado com os filhos, problemas de saúde, dentre outros.

Além destes elementos, ficou evidente o déficit das políticas públicas, especialmente as de saúde mental. No contexto rural, os cuidados a saúde ficaram restritos a um profissional, o médico, e ao uso de medicamentos psicotrópicos. Este consumo, que se torna crônico, silencia a dor e sofrimento que estas mulheres têm vivenciado em suas

caminhadas. Ao resumir o adoecimento a algo orgânico, os saberes menosprezam as vulnerabilidades que elas estão expostas.

Analisar a história permite compreender como os discursos e práticas surgiram e como influenciam, atualmente, nas práticas de cuidado. Então, diante destas questões, destaca-se a complexidade do fenômeno e a necessidade de reelaboração das formas de intervenção sobre a doença dos nervos praticadas na rede pública de saúde, enfatizando a discussão acerca da expansão e/ou implementação de políticas públicas de saúde que visem oferecer atendimento e cuidados dignos.

A doença dos nervos apresenta-se como um desafio para os profissionais da Atenção Primária. Por isso, faz-se necessário refletir acerca das noções de saúde-doença-cuidado, buscando contextualiza-las, permitindo assim a criação de ações de atendimento e cuidado que sejam adequadas, eficientes a este sofrimento e considerem o sujeito. Para tanto, é preciso articular o campo da saúde mental na APS. Ambos possuem princípios comuns como articulação, acolhimento, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado.

Pensar em saúde implica refletir não somente ao sistema de saúde, mas a todos os campos possíveis, porque se fala de vidas que são complexas e em movimento, que fazem o ambiente e também são influenciados por ele. Na realidade, “cuida-se” da doença e esquece o doente; dá ênfase ao biológico e ignora o social; medicaliza o sofrimento e esquece o sofrimento. Então, é preciso discutir acerca do cuidado, observando as particularidades da comunidade e a singularidade dos sujeitos. A partir disso, é possível construir, implantar e efetivar políticas de saúde que façam a diferença.

Espera-se que esta pesquisa contribua nas discussões acerca das vulnerabilidades ao adoecimento dos nervos, e nos modos de cuidado a este sofrimento. De modo particular, é esperado que os resultados encontrados possam ser úteis a vida das mulheres na cidade de Bom Jesus; que os gestores locais ao terem embasamento científico da realidade do município possam buscar, por meio de políticas públicas, ações que visem a prevenção e promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar destas mulheres.

No que se refere as limitações deste estudo, cita-se o seu caráter transversal, que não permite generalizações. São necessários novos estudos nos contextos rurais que analisem outros fatores presentes, como as representações dos familiares e profissionais de saúde, não somente os médicos, acerca deste sofrimento e das práticas de cuidado que podem influenciar no processo de saúde-doença-cuidado.

REFERÊNCIAS

- Adam, P., & Herzlich, C. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. (L. Pelegrin, Trad.). Bauru, SP: EDUSC.
- Alves, P. C. (2002). Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. [online] (pp. 150-174). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França-Junior, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidades e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de saúde* (pp.71-94). Curitiba: Juruá.
- Araújo, E. A., Furtado, F. M. S. F., & Saldanha, A. A. W. (2019). Vulnerabilidade programática em saúde em cidades rurais Paraibanas segundo os níveis de atenção. In: Editora Poisson. (Org.). *Tópicos em Ciências da Saúde* (1ª ed., Vol. 7, pp. 76-83). Belo Horizonte: Editora Poisson.
- Arôca, S. R. S. (2009). *Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "Sofrimento dos Nervos" em mulheres*. (Dissertação de mestrado).
- Azevedo, L. F. M. (2010). *Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN*. (Tese de doutorado). Recuperado de https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17387/1/LucianaFM_TESE.pdf
- 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. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200004

- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F., Fonseca, & A. D., Corbo (Orgs). *O território e o processo saúde-doença* (pp.51-86). Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. C., Hino, P., Val, L. F., Guanillo, M. C. L. T. U., & Pereira, E. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*; 43(Esp 2):1326-30. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>
- Brilhante, A. V. M., Moreira, G. A., Vieira, L. J. E. S., Silva, R. M., & Catrib, A. M. F. (2015). O “macho nordestino” em formação: sexualidade e relações de gênero entre adolescentes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(4), 471-478. Recuperado de <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3835>
- Castro, C. A. (2010). *Dando conta da “doença dos nervos”: produção de sentidos em conversas com mulheres*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1506/1/2010_dis_CADCastro.PDF
- Costa, M. G., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2015). Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1): 13-28. doi:10.15446/rcp.v24n1.41968
- Costa, P. F. F., Santos, S. L., Silva, M. S., & Gurgel, I. G. D. (2017). Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores canavieiros. *Rev Saude Publica*. 1-10. doi:10.11606/s1518-8787.2017051007140
- Duarte, L. F. D. (1998). A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial? In P. C., Alves, & M. C., Rabelo (Orgs). *Antropologia e saúde, buscando identidades, traçando fronteiras*. Relume Dumará. Rio de Janeiro.
- 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. doi:10.1590/S1414-98932006000100002

- 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). Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>
- Fonseca, M. L. M. G. (2007). *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4988>
- Foucault, M. (2014). *Microfísica do poder* (28 Ed.) São Paulo: Paz & Terra.
- Furtado, F. M. S. F. (2016). *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas*. (Tese de Doutorado). Recuperado de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8544>
- Furtado, F. M. D. S. F., Saldanha, A. A. W., Moleiro, C. M. M., & Silva, J. (2019). Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 129-140. doi:10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Dantas, C. B., Silva, E. L., & Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768
- Minayo, M. C. S. (1992) *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- Monteiro, R. A., Bahia, C. A., Paiva, E. A., Sá, N. N. B., Minayo, M. C. S. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(3), 689-699. doi:10.1590/1413-81232015203.16282014

- Neri, M., & Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18, (Suplemento), 77-87. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/>
- Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Bessel, M., Brunoni, A. R., Kemp, A. H., Benseñor, I. M., & Schmidt, M. I. (2016). Common mental disorders and sociodemographic characteristics: Baseline findings of the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(2), 91-97. doi:10.1590/1516-4446-2015-1714
- Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Haas, V. J., Silva, S. R., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2017) Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*, 51. doi:10.1590/S1980-220X2016033103225
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Oliveira, A. B., & Roazzi, A. (2007). A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(1), 91-101. doi:10.1590/S0102-37722007000100011
- Oliveira, A. B., & Roazzi, A. (2004). Concepções de saúde e doença ou representações de categorias legais. In A. Fernandes, M. R. Carvalho, & M. D. Sobrinho (Orgs). *Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos* (pp. 159-184). Campina Grande: EDUEP.
- Paiva, V. S. F. (2017). Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial?. In: Nelson da Silva Junior; Wellington Zangari. (Org.). *A psicologia social e a questão do hífen* (pp. 167-192). Sao Paulo: Blucher.

- Paffer, A. T., Ferreira, H. S., Cabral Júnior, C. R., Miranda, C. T. (2012). Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Med J*, 130(2), 84-91. doi:10.1590/s1516-31802012000200003
- Saldanha, A. A. W., Braga, L. N. G., Amorim, I. T., Silva, J., & Neto, O. P. (2020). O processo saúde-doença no contexto da psicologia social: vulnerabilidades e percepções em saúde. In Fonseca P. N., Maciel S C. & Gouvea, V. V. (Orgs). *Psicologia Social: aspectos teóricos, metodológicos e práticos* (pp. 134-151). João Pessoa : Editora UFPB.
- 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 São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2145-2154. doi:10.1590/S1413-81232010000400028
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S., & Barros, M. B. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(8), 2543-2554. doi:10.1590/1413-81232018238.13652016
- Silva, P. A. S., Rocha, S. V., Santos, C. A., Amorim, C. R., & Vilela, A. B. A. (2018). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 23(2), 639-646. doi: 10.1590/1413-81232018232.12852016
- Silva-Junior, J. S., & Fischer, F. M. (2015). Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(4), 735-744. doi:10.1590/1980-5497201500040005
- Souza, L. S., Barbosa, B., Silva, C. O., Souza, A., Ferreira, T., & Siqueira, L. (2017). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18, 59-66. doi:10.19131/rpesm.0193

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed

Apêndice I

Questionário Sociodemográfico e de Saúde

I-PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Tempo que mora na cidade? _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Cor: branco negro pardo amarelo outro _____

Trabalho(ocupação): _____

Estado civil: () Solteira () Casada/mora junto () separada/divorciada () viúva

Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

Renda familiar: _____ () <1SM () 1SM () 1-2SM () 2-3SM () >3SM

Recebe algum benefício do governo? () Não () Sim, qual? _____

Orientação(ões) religiosa(s)? () Nenhuma () Sim.

() católica () evangélica () espírita () outra _____

Em uma escala de 0-10, o quanto você se considera religiosa?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Mora em casa própria? () Sim () Não. Se não, paga aluguel? () Sim () Não

II- ESTILO DE VIDA

-O que faz para se divertir?

-Pratica atividade física? () Não () As vezes () Sempre. Qual(is)?

-Fuma? () Não () Sim. Quantas vezes por dia? _____

-Ingere bebida alcoólica? () Nunca () Algumas vezes () Sempre

-Já sofreu algum tipo de violência? () Não () Sim. Qual? E por quem?

III- SAÚDE MENTAL

-Você se considera doente dos nervos? () Não () Sim.

- A vizinhança diz que você tem problemas dos nervos? () Sim () Não

-Qual a última coisa estressante que você vivenciou?

E quando foi que aconteceu? _____

-Usa algum remédio controlado (Tarja preta)? ()Não ()Sim. Qual(is)?

-Se toma o remédio, quem receitou? _____

-Você tem alguém na família que tem problema (transtorno) mental? ()Não ()Sim.

Se sim, quem? _____

-Alguém em sua família tem problema dos nervos? ()Não ()Sim.

Se sim, quem? _____

-Você já se consultou alguma vez com algum psicólogo? ()Não ()Sim.

Onde? _____

Quem encaminhou? _____

Qual o motivo? _____

-Você já se consultou alguma vez com o psiquiatra? ()Não ()Sim.

Onde? _____

Quem encaminhou? _____

Qual o motivo? _____

Responder se for doente dos nervos

-Já procurou algum religioso para lhe ajudar com problema dos nervos? ()Não ()Sim.

Quem? ()padre ()pastor ()mãe/pai de santo ()benzedeira/rezador

() outro _____

-Quando você está agitada dos nervos o que faz?

-Toma algum chá/fitoterápico para acalmar os nervos? ()Não () Sim. Qual(is)?

-Quando você está mal dos nervos, vai no posto de saúde? ()Não () Sim. Como você é atendida? () Bem ()Mal ()Indiferente

-Você acha que os profissionais se importam com seu sofrimento? ()Não () Sim

Apêndice II

ENTREVISTA

Técnica História de Vida

Questão disparadora: Gostaria que você começasse falando da sua história de vida a partir do momento que você achou (ou alguém disse) que era problema dos nervos.

Anexo I
Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

	Sim	Não
01- Tem dores de cabeça com frequência?		
02- Tem falta de apetite?		
03- Dorme mal?		
04- Fica com 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 suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldade no serviço/trabalho diário? (o trabalho causa sofrimento)		
14- Se sente 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- Se sente cansado o tempo todo?		
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20- Fica cansado com facilidade?		

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezada,

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **“Num pequeno recanto do Brasil”: vulnerabilidades em saúde e “doença dos nervos” em mulheres do Sertão Paraibano** sob a responsabilidade de Josinaldo Furtado de Souza, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em cidade rural do sertão paraibano. A mesma se justifica por permitir um levantamento acerca da prevalência desse transtorno, bem como permitir que as histórias dessas mulheres sejam contadas e, conseqüentemente, valorizadas, possibilitando que, a partir de então, os profissionais de saúde desenvolvam novos modos de acolhimento e cuidado. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e transversal. Será realizada no município de Bom Jesus, que fica localizado na Região Metropolitana de Cajazeiras, no Alto Sertão Paraibano.

Para a coleta de dados da etapa quantitativa, far-se-á uso de um Questionário sociodemográfico e de saúde e do Self-Reporting Questionnaire ([SRQ-20] Questionário de Auto relato). Na etapa qualitativa, utilizar-se-á a entrevista, por meio da técnica História de Vida.

O contato com as participantes será nas residências, praças, feiras públicas e/ou logradouros. Ao serem contatadas, serão explicitados os objetivos da pesquisa. Concordando-se em participar, será solicitado a assinatura deste TCLE e se procederá a aplicação, de forma individual, do questionário sociodemográfico e de saúde e do instrumento SRQ-20.

Ao se identificar as mulheres que tenham pontuados sete pontos ou mais no SRQ-20, estas serão convidadas a realizar o procedimento de entrevista, que será previamente

agendado mediante disponibilidade da participante. Destaca-se, ainda, que as entrevistas serão gravadas mediante autorização das participantes. Todas as etapas serão realizadas pelo próprio pesquisador

Compreende-se como possíveis riscos, a saber: o constrangimento e/ou má aceitação pelo participante ao responder as questões do instrumento de coleta de dados da presente pesquisa. Não obstante, considerando as posturas de acordo com os princípios éticos e legais, caso exista algum tipo de constrangimento e/ou desconforto, o pesquisador que é psicólogo, possui ferramentas técnico-científicas para realizar uma escuta psicológica e, conseqüentemente minimizar qualquer inconveniente e reestabelecer o bem-estar psicoemocional. Como benefícios destacam-se os dados referentes a prevalência de Transtorno Mental Comum e suas possíveis associações na população feminina da cidade de Bom Jesus-PB, bem como permitirá ter conhecimento acerca da história de vida dessas mulheres, o que poderá embasar ações da administração municipal para gerar bem-estar e qualidade de vida para estas mulheres.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Josinaldo Furtado de Souza, através do telefone (83) 999342154 ou através ds e-

mail: josinaldofr@hotmail.com, ou do endereço: Rua João Vieira, 29, Centro, Bom Jesus-PB.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

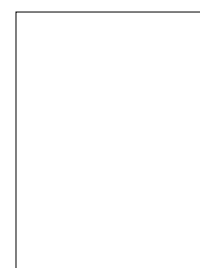
CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **“Num pequeno recanto do Brasil”: vulnerabilidades em saúde e “doença dos nervos” em mulheres do Sertão Paraibano**, e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Bom Jesus-PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Anexo III**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**

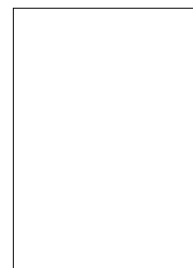
Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**Num pequeno recanto do Brasil**”: vulnerabilidades em saúde e “**doença dos nervos**” em mulheres do Sertão Paraibano, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador Josinaldo Furtado de Souza a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Bom Jesus-PB, ____/____/____



Assinatura do participante da pesquisa

Josinaldo Furtado de Souza
Pesquisador Responsável

Anexo IV

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: *Num pequeno recanto do Brasil: Vulnerabilidades em saúde e doença dos nervos em mulheres do sertão paraibano*

Pesquisador: Josinaldo Furtado de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29017120.1.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.840.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo para fins de elaboração de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde vinculado à UEPB.

Lê-se:

O presente projeto de pesquisa terá como objetivo geral investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em cidade rural do sertão paraibano. Tratar-se-á de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e transversal, a ser realizado no município de Bom Jesus, que fica localizado na Região Metropolitana de Cajazeiras, no Alto Sertão Paraibano. A amostra deste estudo será formada por mulheres residentes no supracitado município, e será escolhida através de amostragem não probabilística e acidental. Assim, considerando um intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra para a etapa quantitativa da pesquisa será constituída por 257

mulheres, que responderão a um questionário sociodemográfico e de saúde e ao instrumento de rastreio dos Transtornos Mentais Comuns Self-Reporting Questionnaire ([SRQ-20] Questionário de Auto relato). Para a etapa qualitativa, a amostra será composta por mulheres que tenham atingido o ponto de corte (sete pontos ou mais) no SRQ-20. Para a delimitação do número de participantes nesta etapa, será considerado o critério de saturação das entrevistas, e estima-se uma amostra de

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.840.227

doze mulheres. E para coleta dos dados, fazer-se-á uso da entrevista, por meio da técnica de relato de vida. Para análise dos dados quantitativos utilizar-se-á o software SPSS for Windows versão 18, na qual serão realizadas estatísticas descritivas, utilizando-se distribuição de frequências, medidas de tendência central (Média) e de variabilidade (Desvio Padrão), e estatística bivariada (Teste Quiquadrado e Teste t). E os dados qualitativos serão analisados a partir da Análise de Conteúdo, do tipo Categórica Temática, conforme proposta por Bardin. A partir deste estudo, parte-se do pressuposto de que o contexto rural, em razão de vulnerabilidades programáticas, colabora para maior suscetibilidade aos Transtornos Mentais Comuns. Por isso, considera-se que a prevalência do TMC será elevada, e observar-se-á sua associação com fatores socioeconômicos, como baixa condição financeira, escolaridade (baixo nível), desigualdades de gênero, e idade (mulheres mais velhas). Ademais, é possível que os relatos das mulheres apontem para os elementos de vulnerabilidade, incluindo as dimensões individual, social e programática.

Objetivo da Pesquisa:

Lê-se:

Objetivo Geral

Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e vulnerabilidades em saúde de mulheres residentes em cidade rural do sertão paraibano.

Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de Transtorno Mental Comum na amostra;

Verificar as associações existentes entre as variáveis sociodemográficas e TMC;

Caracterizar as histórias de vida das mulheres participantes a partir dos elementos de vulnerabilidade;

Apreender os sentidos elaborados pelas mulheres em relação à doença dos nervos;

Identificar, a partir das histórias de vida, elementos individuais, sociais e programáticos de vulnerabilidade a doença dos nervos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Lê-se:

Riscos

Conforme a Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos, todos os participantes de pesquisas com seres humanos possuem

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.840.227

probabilidade de exposição a eventos antagônicos ao esperado. Neste tocante, compreende-se como possíveis riscos, a saber: o constrangimento e/ou má aceitação pelo participante ao responder as questões do instrumento de coleta de dados da presente pesquisa. Não obstante, considerando as posturas de acordo com os princípios éticos e legais, caso exista algum tipo de constrangimento e/ou desconforto, o pesquisador que é psicólogo, possui ferramentas técnicocientíficas para realizar uma escuta psicológica e, conseqüentemente minimizar qualquer inconveniente e reestabelecer o bem-estar psicoemocional.

Benefícios

A presente pesquisa irá produzir dados referentes a prevalência de Transtorno Mental Comum e suas possíveis associações na população feminina da cidade de Bom Jesus-PB, bem como permitirá ter conhecimento acerca da história de vida dessas mulheres. E tal fato, poderá subsidiar ações da Secretaria Municipal de Saúde, assim como de outras secretarias, a exemplo da Secretaria de Educação e a de Assistência Social, no planejamento e execução de ações que visem um melhor atendimento a estas mulheres nos serviços de saúde, e desenvolvimento de atividades que busquem tornar a vida destas menos difíceis, contribuindo para o aprimoramento de estratégias para enfrentar as dificuldades impostas pela vida, tentando assim, gerar algum bem-estar e qualidade de vida. Destaca-se, ainda, que a narração da trajetória de vida, diante de uma escuta qualificada, pode "ampliar a possibilidade de inventar novos modos de ser no mundo, a partir do vivido e do encontro com o outro; de incorporar o vivido, o passado que se faz presente" (Nogueira, Barros, Araújo, & Pimenta, 2017, pp. 468-469), ou seja, a pesquisa poderá ter um caráter terapêutico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se devidamente anexados.

Recomendações:

Enviar o Relatório quando da realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer FAVORÁVEL à aprovação do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 3.840.227

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1505732.pdf	13/02/2020 08:45:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	11/02/2020 16:01:15	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	06/02/2020 14:32:13	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_para_gravacao_de_voz.pdf	06/02/2020 14:30:53	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_autorizacao_institucional.pdf	06/02/2020 14:29:20	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	05/02/2020 18:30:01	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	05/02/2020 18:29:35	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/02/2020 18:01:51	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	05/02/2020 17:56:10	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/02/2020 17:46:05	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/02/2020 17:43:57	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/02/2020 17:41:52	Josinaldo Furtado de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.840.227

CAMPINA GRANDE, 15 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br