

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO**

**SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO
COM MULHERES RURAIS NO MUNICÍPIO DE MAIRI – BA**

Alexsandra de Souza Fernandes

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2017**

SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO COM MULHERES RURAIS NO MUNICÍPIO DE MAIRI – BA

Alexandra de Souza Fernandes
Psicóloga
Faculdade Nobre, Ano 2012.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientador: Prof. Dr^a Maria Lúcia da Silva Sodré

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL - PPGGPPSS
MESTRADO PROFISSIONAL
MESTRADO**

**SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO COM
MULHERES RURAIS NO MUNICÍPIO DE MAIRI – BA**

Comissão Examinadora da Defesa de Dissertação de Mestrado
Alexsandra de Souza Fernandes

Aprovada em: 26 de janeiro de 2017

Prof. Dr^a Maria Lúcia da Silva Sodré
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Orientadora

Prof. Dr. Teófilo Galvão Filho
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Examinador Interno

Prof. Dra. Auceia Matos Dourado
Universidade Federal de Alagoas
Examinador Externo

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, por me dar força todos os dias para continuar prosseguindo na realização dos meus sonhos. A minha Mãe, por me amar de forma incondicional. Sempre presente me apoiando e orientando em tudo. Amo-te. Filhas, por ser meu maior presente e por me fazer sentir muito orgulho. Meu noivo, pelo seu carinho, dedicação, cumplicidade e presença.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Valdecy de Souza Sobral, pela dedicação e apoio em todos os momentos.

Aos meus familiares, pelo amor, incentivo que foram fundamentais para a realização deste sonho.

As minhas filhas Thaianny Fernandes Pires e Thayla Laryssa Fernandes Pires, por estarem sempre presentes, em todos os momentos de minha vida.

À minha orientadora Maria Lúcia da Silva Sodré, por sua competência e paciência com que me conduziu durante esse percurso, pelas valiosas contribuições.

A secretária de Saúde do Município de Mairi, Ana Célia, que proporcionou a possibilidades da realização desta pesquisa.

Aos funcionários do CAPS, que me ajudaram com todas as informações necessárias.

As mulheres rurais que realizei a pesquisa, por terem compartilhado comigo suas histórias.

Ao meu amigo Marcos Paulo, que esteve presente desde a seleção para o Mestrado.

Aos usuários e aos amigos do CAPS de Mairi, pela convivência.

Aos professores do curso de mestrado, pelos ensinamentos.

Aos alunos do mestrado, pelas discussões que elevaram meu conhecimento em áreas diversas, em principal minhas colegas e amigas, Bárbara Magali, Marilene Oliveira, Janilda Pinho, Claudia Campos, Bruno Duarte, Pamela Rocha, Giovane Gomes, Edna Hora e Fernanda Braga.

À UFRB, por fazer parte da minha história.

“O principal objetivo da Terapia Psicológica não é transportar o paciente para um impossível estado de felicidade, mas sim ajudá-lo a adquirir firmeza e paciência diante do sofrimento. A vida acontece no equilíbrio entre a alegria e a dor. Quem não se arrisca para além da realidade jamais encontrará a verdade” (C. G. Jung).

SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO COM MULHERES RURAIS NO MUNICÍPIO DE MAIRI – BA

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo identificar os fatores que podem levar as mulheres trabalhadoras rurais do Município de Mairi- BA a desenvolver um quadro de transtorno mental. O interesse desta pesquisa se deu a partir do trabalho clínico/empírico da autora no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde foi constatado um índice relevante de casos em mulheres que vivem na área rural, e, que desenvolveram transtorno mental, diagnosticadas com quadro de depressão e ansiedade. Por considerar assunto de relevância para a área da Psicologia, assim como, para a Gestão Pública, propõe-se estudar os possíveis fatores presentes no surgimento de tais transtornos, avaliando seus impactos no dia a dia das mulheres rurais. Para compreender a singularidade da temática, saúde mental das trabalhadoras rurais, foi adotado um estudo descritivo por meio de uma abordagem qualitativa. O método utilizado foi o de estudo de caso, por permitir uma melhor compreensão da realidade social e psicológica do objeto em questão, de forma detalhada. Quanto à coleta de informação foi realizada uma pesquisa documental nos prontuários das mulheres atendidas no CAPS, sendo selecionado um recorte populacional total de 10 mulheres, 6 com diagnóstico de depressão, e 4 com o diagnóstico de ansiedade. Os dados primários foram realizados mediante pesquisa de campo, e, os procedimentos de coleta de dados foram realizados através de entrevistas semiestruturadas, associada a um questionário de Auto Relato (SRQ). Os resultados desta pesquisa demonstraram que diversos fatores podem influenciar no surgimento de transtornos mentais na vida destas mulheres rurais, sendo aqui neste estudo mais latente os problemas conjugais. Outro aspecto relevante de investigação o qual não foi foco nesta pesquisa foi o resultado de que 80% apresentaram histórico de transtornos mentais na família, ou seja, investigar os aspectos hereditários e interacionais entre os membros familiares se faz necessários, visto que este pressupõe um fator que pode resultar no desenvolvimento de transtornos mentais. Os resultados desta pesquisa propõem a necessidade de novas estratégias de Políticas Públicas atreladas a programas de atendimento psicossociais a esta população.

Palavras-chave: CAPS; Trabalhadoras Rurais; Transtornos Mentais.

MENTAL HEALTH AND PUBLIC POLICIES: A STUDY WITH RURAL WOMEN IN THE MUNICIPALITY OF MAIRI - BA

ABSTRACT: The present research project had the objective of identifying the factors that can lead the rural female workers of the Municipality of Mairi-BA to develop a picture of mental disorder. The interest of this research was based on the clinical / empirical work of the author at the Center for Psychosocial Care (CAPS), where a relevant index of cases was verified in women living in the rural area, and who returned mental disorder, Depression and anxiety. Considering a subject of relevance to Psychology, as well as Public Management, the author proposed to study the possible factors present in the emergence of such disorders, evaluating their impact on the daily lives of rural women. To understand the uniqueness of the thematic, mental health of rural workers, a descriptive study was adopted through a qualitative approach. The method used was the case study, because it allows a better understanding of the social and psychological reality of the object in question, in a detailed way. Regarding the collection of information, a documentary survey was carried out on the medical records of the women attending the CAPS. A total population cut of 10 women was selected, 6 were diagnosed with depression and 4 were diagnosed with anxiety. The primary data were performed through field research, and the data collection procedures were performed semi-structured interviews, associated with an AutoReport questionnaire (SRQ). The results of this research demonstrated that several factors may influence the emergence of mental disorders in life Of these rural women, and in this study more latent marital problems, another relevant aspect of research that was not focused in this research was the result of 80% presenting a history of mental disorders in the family, that is, investigating the hereditary and interactional aspects between The family members would be another alternative for the development of mental disorders. The proposal of this research aims to propose new strategies of Public Policies tied to programs of psychosocial care to this population.

Keywords: CAPS; Rural Workers; Mental Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS

AEGRE	Assessoria Especial de Gênero, Raça e Etnia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPM	I Conferencia Nacional de Políticas para as Mulheres
CGSM	Coordenação Geral de Saúde Mental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEIA	Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MMC	Movimento de Mulheres Campesinas
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTSM	Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental
NEAD	Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas
PAIF	Programa de Apoio a Família
PNASSH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PAISM	Assistência Integral a Saúde da Mulher
NPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SETAF	Serviço Territorial de Apoio à Agricultura Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
SRT	Serviços de Residências Terapêuticas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagnóstico de depressão em pessoas com 18 anos ou mais.....	38
Figura 2 - Proporção de mulheres na zona rural e urbana no Brasil e no Nordeste	Erro! Indicador não definido.
Figura 3 - Famílias com mulheres responsáveis por situação do domicílio	55
Figura 4 - Localização do Município de Mairi - Bahia	61
Figura 5 - Recorte populacional para o estudo.....	63
Figura 6 - Resultados do questionário - SRQ-20 – Self Report Questionnaire.....	64
Figura 7 - Controle de atendimento no CAPS	68
Figura 8 - Despesas do lar	76
Figura 9 - Fonte de renda	77
Figura 10 - Mulheres atendidas pelo CAPS (amostra).	78
Figura 11 - Horas de trabalho semanal	80
Figura 12 – Perguntas diversas	81

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Questionario SRQ-20	66
Tabela 2 - Fluxo de atendimentos por profissionais entre os anos de 2008 a 2016.	69
Tabela 3 - Aspectos individuais, sociais e familiares.....	74

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. POLÍTICAS PÚBLICAS	17
1.1 Políticas públicas na efetivação de direitos	17
1.2. Transtornos mentais, depressão e ansiedade.....	20
1.3 Saúde mental e políticas públicas	23
1.4 Políticas públicas em saúde mental: a experiência do CAPS	28
2. GÊNERO E SAÚDE MENTAL	32
2.1 Compreendendo gênero	32
2.2 Políticas públicas e saúde da mulher	39
2.3. Saúde da mulher rural.....	42
2.4 Mulher rural: identidade, mercado de trabalho e estigma	47
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	57
3.1 Caracterizações da pesquisa	57
3.2 Caracterizações do município <i>locus</i> da pesquisa.....	60
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	86
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
ANEXO A – PRONTUÁRIO DO CAPS RENASCER I – MAIRI - BA	94
ANEXO B – SRQ-20 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE	97
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE B – ENTREVISTA APLICADA EM CAMPO	100
APÊNDICE C – MODELO DE TRIAGEM PARA O SERVIÇO SOCIAL	104

INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal promulgada em cinco de outubro de 1988, no seu Art. 196 diz que: “ [...] a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ” (BRASIL, 1988). Neste sentido, os serviços de saúde podem ser entendidos como um órgão específico que tem por função a melhoria dos níveis de saúde, seja nas áreas de sua promoção e prevenção, seja nas de recuperação e reabilitação. No entanto, a realidade aponta ineficiência em relação à garantia destes direitos, constituindo-se em um grande problema quando o assunto é saúde pública.

Quando a dificuldade é a saúde mental, a ineficiência no atendimento parece ser ainda mais problemática. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que não existe um conceito "oficial" de saúde mental, mas, ele pode ser definido como um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de uma pessoa. No entanto, na área rural, este problema é ainda mais crítico, não apenas em relação ao atendimento que é precário, mas na população rural.

Apesar da relativa escassez de estudos voltados para a saúde mental das populações rurais, a literatura vem mostrando que os trabalhadores rurais representam uma parcela da população que possui um risco substancialmente maior que a população geral para o desenvolvimento de problemas em relação à saúde mental e TMC (COSTA; LUDEMIR, 2005; FARIA et al., 2000 apud COSTA, 2013 p.01).

Assim, observar a situação da saúde mental das mulheres no campo, enfoque deste trabalho, se faz importante para compreender se as ações das políticas públicas de saúde mental para atendimento a esta população, em particular, está sendo realizada de forma eficiente. Tal conhecimento é importante, pois, estudos apontam que quando ocorrem problemas de saúde mental em mulheres, especificamente, os núcleos familiares inteiros são afetados com tal situação.

É neste contexto, que o presente estudo buscou investigar se os problemas nas dimensões socioeconômicas, cultural e familiar enfrentado por mulheres rurais, refletem em problemas na saúde mental destas mulheres, que podem ter como

consequências transtornos mentais, estes compreendidos como alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global (OMS, 1990).

Considerando a problemática exposta, a questão norteadora da pesquisa foi: Quais fatores podem condicionar a mulher trabalhadora rural de Mairi - BA a desenvolver um quadro de transtorno mental?

Cabe destacar que, segundo a OMS transtornos mentais podem ser definidos como as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

A partir da caracterização dos sintomas de transtorno mental comum criada por Golberg e Huxley 1992 (apud COSTA, 2014, p.17), as mulheres objeto deste estudo serão definidas dentre aquelas atendidas no CAPS de Mairi, diagnosticadas com quadro de depressão e ansiedade. São considerados transtornos mentais comuns os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão. Seus sintomas mais comuns são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Estudos apontam que os transtornos mentais comuns são mais frequentes nas mulheres, nos mais velhos, nos negros e nos separados ou viúvos. (COSTA; LUDERMIR, 2005, p.73).

Diante de tal problemática, o objetivo geral desta pesquisa é compreender fatores que podem levar à população estudada a apresentar um quadro de transtorno mental. Para alcançar o objetivo desta pesquisa, especificamente foi preciso identificar alguns fatores como: os aspectos socioeconômico, familiar e afetivo destas mulheres que podem propiciar o aparecimento do transtorno mental; as representações mentais que podem condicionar o surgimento de transtornos mentais da mulher rural; as condições de acessibilidade aos direitos enquanto cidadãs; a influência das questões de gênero no desenvolvimento de tais transtornos; a atividade produtiva desenvolvida por elas, considerando, a sobrecarga de trabalho; e, a (in) existência de políticas públicas de amparo e segurança para as mulheres trabalhadoras rurais, os espaços de sociabilidade e de participação.

O interesse desta pesquisa se deu a partir do trabalho clínico/empírico da autora no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Mairi - Ba, onde foi constatado um índice relevante de casos em mulheres que vivem na área rural, diagnosticadas com quadro de depressão e ansiedade. E esta realidade despertou o interesse para a investigação.

Por considerar assunto de relevância para a área da Psicologia, da socioeconômica, assim como, na Gestão Pública, a autora propõe estudar os fatores presentes no surgimento de tais transtornos, avaliando seus impactos no dia a dia destas mulheres, na tentativa de propor novas estratégias de Políticas Públicas atreladas a programas de atendimento psicossociais a esta população.

Portanto, a motivação desta pesquisa se deu por perceber as várias situações de vulnerabilidade vivenciada no campo, especificamente, enfrentadas por mulheres acerca dos problemas de saúde mental, particularmente nas trabalhadoras rurais no município de Mairi- BA.

Mairi é um município localizado na Mesorregião do Centro-norte baiano e na Microrregião de Itaberaba. Este município é formado por vários povoados localizado na zona rural. Para esta pesquisa, foi escolhido o povoado do Angico, por prevalecer uma parcela maior de mulheres que fazem tratamento de depressão e ansiedade no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município.

A literatura apresenta relatos de autores sobre situações vivenciadas pela mulher trabalhadora rural, os quais demonstram maiores vulnerabilidades em vários aspectos. Um dos fatores comumente apontado pelos autores refere-se à sobrecarga de trabalho, pois, elas acumulam várias tarefas em diversos espaços. Como destaca-se:

O trabalho rural (feminino) ocorre em uma jornada contínua, do amanhecer até tarde da noite, sem tempo para lazer e para si. O espaço também é pouco separado entre a casa e o quintal, muitas vezes sem distinção entre o que é espaço doméstico e aquele destinado ao trabalho produtivo, o que faz com que a sobrecarga de trabalho seja muito maior do que a dos homens, muito embora o reconhecimento social como trabalhadora seja bem menor e os ganhos, em termos de renda, mais reduzidos ainda (SILVA, 2011apud COSTA, 2014, p.98).

Diante deste panorama se torna pertinente estudar os fenômenos presentes no cotidiano da mulher trabalhadora rural do Município de Mairi- BA, os quais podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de transtornos mentais, objetivando compreender os fatores que se relacionam com o indivíduo, avaliar o contexto do mesmo e sua dinamicidade, identificar e analisar a relação existente entre causa e efeito estimulados pelo ambiente, dentre eles, o familiar. Através dos resultados e correlações com resposta, às questões levantadas na pesquisa, possibilitou a geração de conhecimentos com objetivo de atender as demandas sociais da região em estudo.

De acordo com Costa (2014) o tema saúde da mulher tem sido relativamente, pouco estudado, salvo quando relacionadas aos grupos de riscos, como gestantes, adolescentes e idosas, no entanto, não se preocupando dentro de uma perspectiva psicossocial, mais, sobretudo, com base nos fatores biológicos da mulher.

E, é esta perspectiva de atenção à saúde da mulher em sua integralidade, que precisa entrar em cena enquanto ação das políticas públicas de atenção à saúde num ponto de vista psicossocial, colaboradoras no processo do cuidado das pessoas que vivem com transtornos mentais. Neste contexto, colaborando com a atenção às demandas sociais, temos o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que se configura como espaço para efetivação da política pública que visa atender serviços socioassistenciais nas áreas com maior vulnerabilidade, buscando a proteção social básica. Cabe destacar que o trabalho desenvolvido no CRAS é exclusivamente com as famílias, e, sua função surge através dos serviços de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF).

Os serviços de Proteção Integral a Família (PAIF) foi elaborado a partir do reconhecimento de problemas e riscos que atingem as famílias. Outra política pública na área social que busca atender pessoas com vulnerabilidades sociais, é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), este é um serviço especializado para atendimento de pessoas que estão em situação de ameaças ou violação de direitos. Portanto, cuidar da saúde requer atribuição de multifatores.

É, especificamente no contexto da saúde mental da mulher rural, identificado pela literatura como um ambiente em que as pessoas vivem em maior

vulnerabilidade, que se torna pertinente à necessidade de investigação e, desta forma sugerir novos programas e políticas públicas de saúde mental mais eficientes para esta população específica.

Na organização desta dissertação, serão apresentados quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo consiste numa discussão teórica acerca das políticas públicas, sendo estas um instrumento de elaboração dos direitos constitucionais, principalmente no que refere à saúde mental, e uma estratégia para o surgimento da segurança social. No segundo capítulo, serão apresentadas reflexões sobre questões de gênero e saúde, concepções teóricas para entender como se dá às relações entre os gêneros na zona rural e suas influências no desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres trabalhadoras rurais, serão discutidas também as condições da saúde da mulher, os aspectos históricos, os legais e as dificuldades encontradas. No terceiro capítulo será apresentada a metodologia da pesquisa com a apresentação do processo da pesquisa de campo e a caracterização do ambiente lócus da pesquisa, e, no quarto capítulo serão discutidos os resultados da pesquisa.

1.0 POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1 Políticas Públicas na efetivação de direitos

As políticas públicas são instrumentos que tem por objetivo efetivar os direitos sociais fundamentados na Constituição Federal. Através de ações e estratégias na resolutividade de problemas sociais, constrói um caminho que permita o acesso aos direitos humanos fundamentais, como a saúde, a educação, a moradia, a infraestrutura entre outros. Diante da perceptiva de acesso e estratégias de políticas públicas é visto que a segurança social é um direito fundamental do ser humano, sendo este essencial para o bem-estar de toda uma coletividade na construção e formalização da cidadania.

O termo política pública tem vários significados por ser discutido em diversas áreas do conhecimento. De acordo com Secchi (2010 pg. 01) “[...] as políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas e do processo de construção e atuação dessas decisões”. É uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Portanto as implementações de políticas públicas na área da saúde são inseridas por identificarmos a existência de demandas sociais associadas a problemas de saúde. O papel do governo Para Leite e Fiexor (2006, p.03) “[...] é de maximizar o bem estar social tendo em vista o conjunto de preferências individuais”. As políticas são, portanto, justificadas quando existe situação marcada por falhas de mercado.

A formalização de uma nova roupagem em políticas públicas surge historicamente em 1985 com a redemocratização, o direito ao voto com a participação da sociedade na escolha de seus representantes. Em função dos movimentos civis, acontece o fim do militarismo e a escolha de alguns representantes importantes da época, para a realização de uma nova redação sobre os direitos humanos fundamentais, sendo esta a nova Constituição Federal, aprovada em 1988 como constituição cidadã. Considerando o foco deste trabalho, é pertinente relatar a concretização dos direitos sociais que advindos pela nova Constituição Federal que diz no artigo 6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade, e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (EC nº 26/2000 e EC nº 64/2010)

Com o surgimento dos direitos sociais é vista a necessidade de se buscar compreender as demandas sociais que são geradas decorrentes das necessidades advindas pela sociedade, onde o Estado é o agente realizador destes processos, e dentro deste contexto torna-se fundamental compreender esta dinâmica a partir de uma visão sobre como pode ser entendida o conjunto das relações sociais e como se dá o papel do Estado diante das elaborações das políticas públicas. As ações públicas são pertinentes para com o desenvolvimento num todo, onde são realizadas propostas de interesses gerais. Lascoumes e Galés (2012, p.21) relatam que “Um instrumento de ação pública constitui um dispositivo ao mesmo tempo técnico e social que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função das representações e das significações das quais é portador”.

As relações do Estado com a ação pública têm interferências institucionais e políticas, que seguem em prol de mudanças, utilizando a ação na constituição de estratégias de políticas públicas, no sentido de construir uma melhor sociedade em busca da sensação de pertencimento social em razão da cidadania. Para que venha ocorrer à formalização de políticas públicas e regulação da sociedade precisa existir um relacionamento entre o estado e a sociedade para atuação de ações pública.

O Estado é visto por Pereira (2012) como uma instituição que possui ações de autonomia relativa em relação a sociedade e a classe social, porque precisa se relacionar com todas as esferas sociais para se legitimar e se fortalecer, tendo como base indispensável de sustentação, a sociedade como seu conduto de novas alternativas da construção do que é público.

A construção do público trata exatamente disto – o desafio de construir um processo de publicitação crescente, que se sabe será difícil, conflitivo, de duração indeterminada. Neste processo, constituem componentes essenciais: a edificação de uma cultura e de uma educação públicas democráticas que assegurem a universalização de direitos e deveres, uma nova concepção da cidadania, um novo sentido de serviço público, o fortalecimento do pensamento crítico, a reestruturação do Estado, a refundação da Federação, a reforma do sistema político, o fortalecimento da sociedade civil pela participação ativa das maiorias, pela criação de controles sociais efetivos e pela mobilização de um público crítico (WANDERLEY, 1996, p.96).

As políticas públicas, sendo um domínio das ciências sociais, os estudos da sociologia tornam-se fundamental para a análise e compreensão das necessidades humanas. Para Lascoumes e Gales (2012, p.38) “[...] na sociologia, a análise de Emile Durkheim é a referência mais importante para o estudo das representações e das normas, bem como as contribuições dadas pelas políticas públicas para a regulação da sociedade”. E para Dias (2010, p.17) a “Sociologia, em sua definição mais básica, pode ser entendida como o estudo científico do comportamento, que é construído pela sociedade ou o estudo das interações humanas”.

Tais definições retratam que o estudo da sociologia é a base para compreender diversas necessidades humanas que surgem decorrentes as influências entre todos os aspectos, que fazem o ser humano desenvolver a necessidade de sobrevivência. A sociedade para Dias (2010, p 108) representa:

Um grupo de autônomos de pessoas que ocupam um território comum tem uma cultura comum e possuem uma sensação de identidade compartilhada. As sociedades são unidas através das relações sociais, não só entre as pessoas mais também entre as instituições sociais (família, educação, religião, política, economia). Por estarem interconectadas as instituições sociais, invariavelmente a, mudança em uma conduz a mudança em outras.

Neste sentido, Dias (2010) relata a construção de uma identidade compartilhada, onde a partir deste conceito podemos identificar a formalização de estruturas sociais, que demonstrará sua singularidade e as influências do ambiente para o comportamento humano, sendo este, direcionado por direitos e deveres constitucionais, com fins de buscar sua cidadania. Sobre os direitos sociais, cabe ao Estado proporcionar através dos princípios constitucionais, a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população. E este cumprimento assume uma responsabilidade na formalização e implementação de políticas públicas que visem melhorias das condições de vida. Para melhor compreensão do sobre as formas de atuações das políticas públicas Souza (2006, p 24) afirma que:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais

conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

Sendo assim, percebe-se a atuação do governo como o precursor em ações na efetivação dos direitos humanos. As políticas públicas são criadas decorrentes das necessidades da sociedade, onde o Estado deve ser o agente realizador destes processos, e dentro deste contexto, torna-se fundamental compreender esta dinâmica a partir de uma visão sobre como pode ser entendida o conjunto das relações sociais e como se dá o papel do Estado diante da elaboração das políticas públicas.

Segundo a OMS (2001) as políticas públicas, dentre outros aspectos, devem respeitar as informações de cada comunidade, os tratamentos e estratégias de prevenção e promoção à saúde, e, entre elas a saúde mental. Diante do exposto no que se refere à formalização de políticas públicas em saúde mental, pode se afirmar implantações de ações e serviços de correntes ao surgimento de necessidades voltado para garantir o cuidado, a valorização, a qualidade de vida e a garantia de direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais.

1.2. Transtornos mentais, depressão e ansiedade

O desenvolvimento de transtornos mentais, conforme aponta estudos, sofre influências das condições genéticas, biológicas, sociais e culturais. E segundo Dalgarrondo (2008) é através dos estudos da semiologia psicopatológica que se encontra as condições psicopatológicas do sujeito. Ainda para o autor a semiologia psicopatológica é o estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais e no campo da psicopatologia são estudados os estados mentais e os padrões comportamentais daqueles que se apresentam com fenômenos associados a uma doença mental, enfatizando que todo transtorno mental são alterações neurais. O mesmo autor acrescenta ainda que:

[...]a perspectiva sociocultural visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de certos fatores socioculturais, como discriminação, pobreza, migração, estresse ocupacional, desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e os transtornos devem ser estudados, segundo essa visão, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico. É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado, e, portanto, poderiam ser

precisamente estudados e tratados. Mais que isso, a cultura, em tal perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico, na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade. No caso dos transtornos mentais, a semiótica concentra-se na entrevista direta com o paciente, seus familiares e demais pessoas com as quais convive. A coleta de sinais e sintomas requer a habilidade sutil em formular as perguntas mais adequadas para o estabelecimento de uma relação produtiva e a consequente identificação dos signos dos transtornos mentais (DALGALARRONDO, 2008, p.37).

Os surgimentos de psicopatologias atualmente afetam muitas mulheres no mundo. Os diagnósticos de transtornos mentais se tornaram algo muito comum, sendo mais comuns os diagnósticos de depressão e ansiedade, com classificação descrita como CID 10. O manual de classificação internacional de doenças descreve a depressão como uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza, e pode ser encontrada em diversos tipos a partir da classificação do CID F32 a CID F33.

De acordo Porto (1999) os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas em F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único). O episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos, sendo o F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo). Esses tipos de transtornos podem ser desenvolvidos segundo Luz (2014) em “[...] todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, porém, as mulheres são mais afetadas que os homens”.

As causas de depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Seu surgimento relaciona-se a questões constitucionais da pessoa, fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos. Para Porto “[...] (1999, P.06) o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo anormal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s)”

O tratamento da depressão de acordo Souza (1999) deve abranger a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia medicamentosa. A intervenção com a psicoterapia apresenta-se de diversas formas e são, baseadas nas teorias psicológicas, já a intervenção com psicotrópicos atuam significativamente com a diminuição dos sintomas, sendo indispensável para tratamento da depressão.

Transtornos ansiosos, por sua vez, são caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada, (no CID 10 denomina-se por F41). Nos transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade. Podem ser acompanhadas por sintomas depressivos ou obsessivos, assim como, de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves. Neste sentido:

A ansiedade pode ser uma reação normal a estímulos desestabilizadores ou que possam atemorizar as pessoas. Essa reação pode ocorrer com sintomas psicológicos, como apreensão, desconforto, medos diversos etc., e também com sintomas físicos, como taquicardia, aumento da frequência respiratória, alterações de pressão arterial etc. Quando a ansiedade ocorre sem que existam motivos objetivos, reais e proporcionais para isso, dizemos que ela é patológica. As manifestações patológicas da ansiedade podem ser classificadas do seguinte modo: transtorno de pânico, transtornos fóbicos, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substâncias, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral (ABRAPA, 2011, p.02).

Vale destacar que para identificar e diagnosticar os tipos de transtornos mentais e comportamentais segundo Teixeira (2009) é necessário à realização de métodos clínicos que incluem entrevista, acolhimento do paciente e outras pessoas, (família), além de exame clínico com objetivo de verificar as condições mentais e orgânicas, testes e exames especializados. Segundo Ballone (2008) “[...] nas últimas décadas, avanços importantes na padronização da avaliação mental e emocional, bem como na confiabilidade dos diagnósticos clínicos”.

1.3 Saúde mental e políticas públicas

O processo histórico sobre a saúde mental se apresenta com grandes desafios dentro de um contexto político e social. Seus avanços surgiram acompanhados de transformações, com o objetivo em garantir os direitos dos cidadãos com problemas mentais. E, com essa perspectiva, a condução ao cuidado se torna um desafio para o governo, por ter que redimensionar novas propostas, com modelos mais efetivos através da implantação de novos recursos metodológicos e técnicos.

A necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde mental surgiram a partir das críticas do modelo de assistencial dos hospitais psiquiátricos desde a década de 1960. Foi através dos movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formada por sindicalistas, membros de associações, integrante do movimento sanitário e por pessoas com internações psiquiátricas que passaram a denunciar as violências nos ditos manicômios que modificações passaram a ser exigidas. Contudo as mudanças só começaram a surgir nos meados da década de 1980 com inserção da reforma psiquiátrica como uma política implantada.

Inicialmente as questões relacionadas aos cuidados à saúde mental ocorriam pela Divisão Nacional de Saúde Mental, onde esta exercia função de planejamento de campanhas e manutenções em hospitais públicos psiquiátricos. Com a criação da Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) em 1990, efetiva-se as atividades e os cuidados com ações de impacto no sistema público no que se refere às políticas de saúde mental, que surgiram a partir do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Teixeira (2011, p.01) o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. Assim sendo, o SUS surgiu com o objetivo de proporcionar o acesso universal das pessoas aos bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma integral.

No Brasil inicia-se em 1988 “a Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “[...] as necessidades individuais e coletivas são consideradas de

interesse público e o atendimento um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Surge a partir daí o SUS, que visa garantir a proteção integral da saúde do ser humano. E neste contexto, a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990).

Nestes termos, garantir a saúde integral aos seres humanos dentro de uma perspectiva de direitos sociais fundamentais denota a existência de políticas públicas que busquem cuidar do ser humano nos seus aspectos biopsicossociais, e, cabe ao Estado propor estas políticas. A Constituição Federal, no artigo 196 ressalta que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na mesma perspectiva, Rocalli destaca que:

A ideia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. (...) O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc. (PAIM, 1987, apud ROCALLI, 2003, p.34).

Foi a partir da implantação da lei n.º 8.080 do SUS em 1990, que se estabeleceram direitos respaldados pelos princípios da universalidade, da integridade, da descentralização dos serviços e da equidade, e, a partir dos quais foi possível haver mudanças na reforma de assistência psiquiátrica no Brasil. Neste contexto, a reforma psiquiátrica surge com o intuito de transformar a realidade caótica existente no processo de desospitalização decorrente aos maus tratos das pessoas que viviam com sofrimento psíquico afetando a saúde mental. Dessa forma:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no fim da década de 1970, possibilitou uma transformação na assistência à saúde mental, propondo novos espaços para os sujeitos com sofrimento psíquico intenso, que antes tinham apenas o manicômio como alternativa de ‘tratamento’. Com o intuito de superar as necessidades da internação

no hospital psiquiátrico, foram criados serviços substitutivos, os quais têm como proposta prestar assistência às pessoas que sofrem com transtornos mentais de maneira que possam manter um nível satisfatório de convivência e interação no contexto social (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012, p. 584).

Este processo da reforma psiquiátrica refere-se ao projeto de lei Paulo Delgado, que junto com movimentos sociais fez surgir a lei 10.210 no ano de 2001, e promoveu um novo modelo assistencial em Psiquiatria, marcado pelas primeiras leis que substituíam os leitos psiquiátricos por redes de atenção à saúde mental, destacando assim o processo de desospitalização. Este processo de reforma psiquiátrica é chamado de movimento de luta “antimanicomial”.

Este processo histórico acontece na década de 1990 onde o Brasil entra em vigor com as primeiras normas de regulamentação e implantação de serviços de atenção diária, fiscalização, classificação dos hospitais psiquiátricos, estes serviços vieram a surgir a partir do compromisso firmado na assinatura na declaração de Caracas e pela realização da II Conferência de Saúde Mental. É com base na Declaração de Caracas que o Brasil sistematiza os princípios de políticas da saúde mental. (UZCÁTEGUI; LEVAV, 1990 apud MATEUS, 2013, p. 25):

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário. 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento. 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria devem fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação.

A lei da reforma psiquiátrica surge decorrente, dentre outros aspectos, do problema da grande lotação nos hospitais psiquiátricos, e, na busca pela

identificação de melhorias com a inserção social e familiar da pessoa com transtorno mental.

[...] e de acordo com o que determina a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, a aprovação desta lei foi consequência de um longo processo de reivindicação e mobilização social proporcionados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Este trouxe mudanças nas formas de tratar e lidar com a pessoa com transtorno mental, passando a questionar a internação como forma privilegiada de tratamento e estimulando a utilização de redes de serviços de atenção psicossocial (BRITTO, 2003, p.10).

Nesta perspectiva é visto que a reforma psiquiátrica é um desafio para o Estado e para os cidadãos, pois a sua dinamicidade requer o relacionamento da sociedade com suas demandas e com o Estado, sendo estes, fatores que podem ter variações decorrentes do surgimento das mudanças sociais. Para Dinis (2013):

As questões relacionadas à saúde mental se apresentam no contexto político e social brasileiro como um grande desafio na busca da garantia de direitos de cidadãos com transtornos mentais. Os avanços que acompanham as transformações na condução do cuidado em saúde mental também são desafios aos gestores, que são chamados a redirecionar o modelo de atenção e implantar uma série de recursos de saúde com potencial técnico para efetivar tal transformação. E, nessa perspectiva, mudar o modelo de atenção não se resume simplesmente à abertura de novos serviços (DINIS, 2013, p.15).

A implantação das estratégias em políticas de saúde mental perpassa por avaliações e regulamentações do SUS. Entre os anos de 1990 a 2010 o Ministério da Saúde publicou 68 portarias sobre a área de saúde mental. Sendo assim, a legislação em saúde mental no Brasil, tem como objetivo defender os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais, dentro de um processo de humanização e respeito a sua cidadania (MATEUS, 2013).

Esse novo modelo de assistência psiquiátrica visa chamar a atenção para a conscientização do papel da sociedade e da família com as pessoas que possuem transtornos mentais. Segundo os autores Santini e Klafke (2011, p.148):

A nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito,

procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial (SANTIN; KLAFKE, 2011, pg.148).

A Política de Saúde Mental é regulamentada pelo sistema normativo do SUS, sendo isto uma das estratégias para mostrar sua efetividade. Essa política é amparada na lei 10.216/02, e procura solidificar um modelo de atenção à saúde mental qualificado e participativo, e, com o estabelecimento do convívio com a família e a comunidade. A partir deste modelo surgem serviços de atenção às pessoas com transtornos mentais e políticas públicas, tais como, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Vale destacar também, o Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, como parte desta política. Tais políticas públicas de saúde mental se tornam indispensáveis para a realização da segurança social, sendo este um direito. Diante desse cenário, a atenção à saúde mental passa por processos fundamentais que se relacionam com o governo, com a legislação e com a sociedade por meio das ações dos grupos organizados, sindicatos, associações, conselhos profissionais, que lutam e influenciam a opinião pública para melhor conduzir e defender as situações que envolvem a saúde mental.

As mudanças na saúde mental, portanto estão relacionadas aos direitos a cidadania, valorização e inserção na vida social e familiar. Para tanto, esta transformação fomentada em novas políticas de saúde mental, requer buscar romper paradigmas que envolvem a cultura e as crenças. Portanto, deve-se considerar não somente a luta a favor das pessoas consideradas “loucas” mas discutir as dificuldades de lidar com o que é diferente. E, é nesta perspectiva, a da atenção aos cuidados aos ditos “loucos”, que surgem no contexto das políticas de saúde mental, os serviços de atenção às pessoas com transtornos mentais, dentre elas a criação dos CAPS.

1.4 Políticas públicas em saúde mental: a experiência do CAPS

A criação dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) aconteceu como um dos primeiros serviços da atenção à saúde mental decorrente da Reforma Psiquiátrica, que propiciou uma nova regulamentação dos serviços de saúde mental através da portaria 224/MS, marcada por promover um novo modelo de assistência para as pessoas com transtornos mentais, fundamentadas em novas exigências políticas, prevendo direitos à cidadania.

A consolidação das políticas públicas em atenção à saúde mental busca atender as necessidades individuais, familiares e sociais. O CAPS surge como a principal política de atendimento as pessoas com transtornos mentais. Martinhago e Oliveira (2012, p.584) relatam que a Portaria no 336/GM, estabelecida em 2002 pelo Ministério da Saúde, redefiniu os parâmetros da Portaria no 224/92 e ampliou a abrangência dos CAPS, que passam a ser constituídos por modalidades de serviço de acordo com a abrangência populacional: CAPS I (municípios acima de 20 mil habitantes), CAPS II (entre 70 mil e 200 mil habitantes), CAPS III (acima de 200 mil habitantes), CAPSad II (acima de 70 mil habitantes) – para usuários de álcool e outras drogas – e CAPSi II (cerca de 200 mil habitantes) – voltado para crianças e adolescentes.

As atribuições do CAPS visa realizar um modelo assistencial considerado pelo SUS uma política pública em cuidados, prestando serviços com profissionais de saúde mental, como, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional, entre outros. Dependendo da demanda local, esse trabalho, tem como objetivo oferecer atendimento às pessoas com grave sofrimento psíquico, à inserção social e à reabilitação, resgatando de sua cidadania e qualidade de vida, no entanto, cabe destacar que:

É fundamental para os CAPS: oferecer estruturas flexíveis, evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas; propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte desse contexto; realizar o trabalho terapêutico direcionado para enriquecer a existência dos sujeitos; desenvolver suas habilidades para atuar no território, ou seja, desenvolver relações com os diversos recursos presentes na comunidade (associações de bairro, atividades esportivas, entidades comerciais);

atuar embasados no princípio da intersetorialidade, ou seja, criar estratégias que tenham interface com os diversos setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais); organizar a rede de atenção aos sujeitos que passaram um longo período internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabilidade, que precisam desenvolver autonomia, independência, enfim, necessitam de acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social; participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais (AMARANTE, 2008, apud MARTINHAGO E OLIVEIRA, 2012, p,585).

Apesar de reconhecer a importância da reforma psiquiátrica e a criação do CAPS para a inserção social e familiar, consequências desta reforma refletem diretamente sobre a família do doente e sobre as pessoas responsáveis pelos cuidados. Sendo assim a formulação de estratégias nas políticas públicas referentes à segurança social precisam ser aplicadas não somente ao usuário do transtorno mental, mas a todos envolvidos, sendo este um pacto de responsabilidade pública com o objetivo de proporcionar saúde mental.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, pg.09)

Existem outras políticas públicas de apoio, como já destacado, como a residência terapêutica, que diante da desinstitucionalização hospitalar, visa atender aqueles desprovidos de qualquer condição individual e familiar para a continuidade ao tratamento. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.05):

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde

mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

Este modelo de atenção é de grande relevância já que temos núcleos familiares desestruturados, com diversas dificuldades socioeconômicas, psicológicas e familiares, não tendo o suporte suficiente para dar a atenção e os cuidados necessários ao familiar que possui transtorno mental.

Outro modelo de assistência pública são os Centros de Convivência e Cultura. Tem o objetivo de oferecer um atendimento diferenciado e se relaciona com os Centros de Atenção Psicossocial, oferecendo espaços de produção cultural. Outro equipamento de atenção aos cuidados são os leitos hospitalares psiquiátricos, que funcionam dando suporte hospitalar para as pessoas com transtornos graves. De acordo com o GT Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão:

Outro instrumento da política é a avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, especialmente voltado para Psiquiatria, (PNASSH – Psiquiatria), com o objetivo de garantir assistência adequada e a existência de projeto terapêutico individual de alta planejada (BRAECHER, p.02).

Com a reforma psiquiátrica vem surgindo ações de políticas públicas em prol do atendimento às pessoas com transtornos mentais, é possível perceber que a implementação de políticas surgiu em função das mudanças sociais e suas necessidades. O programa de volta para casa é mais uma política pública de atenção ao acolhimento e atendimento à saúde mental, na tentativa de estimular o regresso à família. Esta política alicerçada pela lei 10.708/2003 realiza um pagamento temporário de R\$ 260,00 mensais, como benefício assistencial. Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2003, p.02).

O Programa "De Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação).

Neste caso, o processo de reabilitação psicossocial é realizado em especial na tentativa de inserir o usuário com transtorno mental nas redes de serviços, nas relações sociais e governamentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendem-se como Transtornos Mentais as condições caracterizadas por

alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

Tais tipos de transtornos mentais têm sido realizados com bases dos manuais da classificação Internacional das Doenças (CID-10), que tem como objetivo a padronização das doenças. Este manual fornece códigos referentes a variações de todas as doenças, mostrando uma variedade dos sinais e sintomas. A cada diagnóstico existe um único código correspondente descrito no CID – 10. É neste manual que se identifica as hipóteses diagnósticas de pessoas que possuem transtornos mentais.

Aplicabilidade de políticas que envolvam cuidados para com as pessoas que sofrem transtornos mentais implica intrinsecamente o surgimento do sentimento de pertencimento social, sendo construídas novas condições de vida e promovendo proteção social.

A proteção social, entendida como sistema, é modelado através de condições históricas, políticas, culturais e econômicas e se relaciona ao conjunto de direitos civilizatórios de uma sociedade e/ou o elenco das manifestações e das decisões de solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros [...] para preservação, segurança e respeito à dignidade de todos (ANUNCIAÇÃO, 2012, p.28).

Na perceptiva de acessibilidade das políticas públicas é visto que a segurança social é um direito fundamental do ser humano, sendo, portanto, este muito importante também para o bem-estar das trabalhadoras rurais, suas famílias e de toda uma coletividade. Portanto, identificar os fatores que possam contribuir para que sejam propensas políticas de segurança social para com esta categoria, se torna indispensável.

2.0 GÊNERO E SAÚDE MENTAL

2.1 Compreendendo Gênero

Procurar compreender a dinamicidade das relações sobre gêneros se torna pertinente porque ao longo dos tempos foram surgindo discussões sobre as diferenças entre o homem e mulher. E neste sentido trazer concepções teóricas sobre o assunto para este trabalho é indispensável para entender como se dá as relações entre gêneros, e seus desdobramentos na zona rural.

Este campo de estudo surge nos EUA nos anos de 1960, com o objetivo de estudar o movimento feminista. Segundo Barreto “[...] o movimento feminista contemporâneo irrompeu primeiro nos Estados Unidos, no final dos anos 60 e em seguida na Europa, no início da década de 70 e difundiu-se pelo mundo inteiro, nas décadas de 80 e 90” (2004, p. 69).

Para Costa (2014) os movimentos feministas foram responsáveis pelo início das discussões sobre as relações desiguais entre os homens e as mulheres na sociedade, e o nascer de uma visão mais intelectual, nos estudos realizados pelas mulheres proporcionam essa experiência. Portanto, este movimento sobre as questões de gênero tem sua história relacionada ao movimento feminista, um movimento social organizado que tem por objetivo propor a igualdade nas relações. Segundo Souza (2013) o movimento feminista teve sua primeira iniciativa no século XIV, quando Cristine Pisan a primeira mulher com discurso em defesa dos direitos da mulher, passou a discutir assuntos referentes a igualdade entre sexos. Esses estudos foram fundamentais para o conhecimento e identificação do lugar do gênero feminino e seu papel na sociedade sendo essencial para a elaboração de teorias para a ciência.

Na teoria feminista Costa (2014) relata que o papel da mulher nunca foi importante no desenvolvimento histórico da humanidade, e somente por volta da década 1980 o conceito sobre gênero começa surgir das distinções hierárquicas entre as características consideradas femininas e masculinas em identificações pautadas na “diferença sexual”. Estas diferenças surgiram através dos estudos das teorias sociais.

De acordo a Carvalho (2011) o termo gênero tem origem inglesa da palavra gender, denominado este termo por Money, Ehrhardt e Stoller, psicólogos que buscaram designar uma “identidade de gênero” incluída a um corpo. Esses psicólogos buscaram compreender características apresentadas do sexo feminismo e do sexo masculino num mesmo corpo. Sendo assim possível evidenciar características comportamentais que podem ser comuns entre os ambos os gêneros.

Vale destacar que, os conceitos de gênero são muitos diversos, e não se desenvolveram de forma linear. Assim, as contribuições teóricas sobre gênero podem ser diversificadas a depender de como são relacionadas nos aspectos que as constituem. Nesse sentido, os aspectos biológicos são fundamentados nas diferenças genéticas entre o homem e a mulher e nos aspectos de formação de identidade, nos padrões determinados pela sociedade que ‘definem’ sua construção cultural e as formas de relações entre os gêneros.

Costa, Silveira e Madeira (2012, p. 226), definem gênero como: “[...] uma categoria que não trata de diferença sexual, não somente, mas sim de uma relação social entre mulheres e homens, homem/homem, mulher/mulher, entendendo como se constrói enquanto sujeitos sociais”. Igualmente Scoot (1989, p. 02) destaca que “[...] as feministas começaram a utilizar a palavra ‘gênero’ mais seriamente, no sentido mais literal, como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos”.

Neste contexto, pode-se dizer que essa relação é construída historicamente através da forma como os indivíduos se relacionam em sociedade, e como são estruturadas as relações sociais. Este é um movimento que determina as construções culturais que se apresentam através das formas de ser e agir dos indivíduos, definindo assim os papéis que os homens e mulheres assumem na sociedade. Entretanto existem teorias psicológicas que se referem sobre as questões de gênero numa visão do real e do imaginário. Ceccarelli (2010) traz a visão da teoria lacaniana que critica radicalmente a utilização da noção sobre gênero, declarando, que não levam em conta que a identidade sexual se constitui a partir do real e do simbólico e seja reconhecida simbolicamente pela palavra do outro.

Para descrever as condições sobre o comportamento social do homem e da mulher é preciso obter conhecimento sobre as questões universais dos fenômenos existentes sobre as influências do comportamento dos gêneros para as ciências sociais. São os movimentos socioculturais que determinam a formação da singularidade das formas de agir entre as relações de gênero. A partir destas concepções é possível construir ou desconstruir ideias sobre os papéis que a mulher e o homem vivenciam em sociedade, podendo redefini-los se necessário for, e, assim,

A compreensão das relações de gênero perpassa por várias conceituações e estudos, desde a construção de papéis masculinos e femininos, do aprendizado destes que formam a identidade dos sujeitos; da sexualidade; do enfoque na violência contra a mulher; das discussões sobre as masculinidades, até as questões que conseguem relacionar gênero e poder, colocando em evidência que a subordinação feminina não é natural, estática e imutável (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012, p. 222).

As relações sociais entre homem e mulher são construídas com o objetivo de formar atores sociais, com a função de caracterizar seus papéis na sociedade. Assim, discussões sobre gênero e seus papéis, não podem ser baseados numa visão que estuda apenas as diferenças sexuais, pois, historicamente é visto que os surgimentos dos estudos sobre gêneros são baseados na identificação da mulher como subordinada ao homem e a sociedade, demonstrando assim a desigualdade entre os gêneros.

Teorias sobre gênero destacam que as diferenças entre os gêneros se ancora nas relações de poder concretizadas nas práticas sociais. Para tal temos a teoria machista que também vem contribuir trazendo sua reflexão cujo é preciso analisar as questões de gênero diante das influências das relações sociais mais precisamente nas distorções entre o capital e trabalho colocando a mulher num papel desigual na sociedade, portanto se tornou imprescindível a luta do movimento feminista contra a desigualdade e a luta pela classe trabalhadora.

Portanto o conceito de gênero inicialmente foi elaborado baseado na “diferença sexual”, sendo a partir dos diferentes pressupostos, avaliada também através das teorias sociais como uma relação de elaboração política do movimento feminista. Nesse mesmo sentido para Scott (1989, p. 03) o “[...] gênero” era um

termo proposto por aquelas que defendiam que a pesquisa sobre mulheres transformaria fundamentalmente os paradigmas no seio de cada disciplina.

As pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente. “Aprendemos”, escreviam três historiadoras feministas,

“[...] que inscrever as mulheres na história implica necessariamente a redefinição e o alargamento das noções tradicionais do que é historicamente importante, para incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas.” (SCOTT, 1989 p.3-4).

Assim sendo os estudos sobre gênero ficam marcados pela perspectiva de mudanças comportamentais e na reavaliação da conduta do homem e da mulher na vida social, sendo a mulher incluída com suas atribuições e intervenções nas questões públicas e políticas. Deste modo acredita-se que foi de grande seriedade o movimento feminista na descoberta de aspectos importantes para a vida interacional da mulher em sociedade.

Percebe-se ainda que conceito de gênero tenha sido útil para explicar muito dos comportamentos de mulheres e homens na sociedade relacionados com suas diversas circunstâncias e relações de poder que incluem a classe, geração, etnia, etc., contribuindo para compreender as discriminações que as mulheres enfrentam no trabalho, na vida pública, no exercício de sua sexualidade, na reprodução, na família e na luta pela construção de sua cidadania (COSTA, 2014, pg. 28).

A cidadania, por sua vez, vem ser legitimada por meio de toda organização social, esta é formada através da constituição das relações sociais, tomando como base uma análise das dimensões que envolvem uma vida social, sendo estas as dimensões políticas, cultural e econômica, envolvendo também as dimensões individuais que são apresentadas a partir da forma que os sujeitos pensam e se comportam. Essas relações são validadas por um efeito de ordem simbólica cujo seu papel intervém de forma a transformar sua vida e o seu meio e este são ajustadas nas interações entre os gêneros.

Em consonância com este conceito sobre organização social, teóricos relatam que “[...] as diversas posicionalidades do sujeito são consideradas como locais de

produção de uma nova ordem, sendo esta ordem guiada pela fragmentação ou multiplicação das reivindicações (raça, gênero, sexualidade, classe etc.)” (SCOTT; LEWIS; QUADROS, 2009 p. 13). Logo se acredita que o posicionamento do movimento feminista foi de extrema importância para o surgimento de uma nova ordem sobre as questões de gênero, principalmente na luta pelos direitos da mulher e pelo fim da desigualdade não somente entre os gêneros mas na busca de sua inclusão de livre escolha em todas as áreas da vida. Assim o movimento feminista foi um momento de reivindicações de uma nova ordem do papel da mulher em sociedade e se apresenta nas suas relações na vida cotidiano e no desenvolvimento do seu empoderamento:

Empoderar as mulheres para que participem totalmente em todos os setores da vida econômica e em todos os níveis de atividade econômica é essencial para construir economias fortes, estabelecer sociedades mais estáveis e justas, atingir os objetivos de desenvolvimento, sustentabilidade e direitos humanos internacionalmente reconhecidos, melhorar a qualidade de vida para as mulheres, homens, famílias e comunidades e impulsionar as operações e as metas dos negócios (UNIFEM, 2011, apud MESQUITA , 2012 pg. 06).

O surgimento dessa nova ordem, o movimento feminista, foi responsável pelo fundamento da politização da vida privada, que ao pesquisar e analisar as influências das relações de poder vivenciadas entre os gêneros corrobora para com a quebra de paradigmas dominantes das esferas que marcam os estudos da psicologia social, esferas estas, sobre o preconceito e estereótipos, processo pelo qual venha obter conhecimento, é necessário compreender as questões sobre os papéis sexuais.

Os papéis sexuais para Minella (2006, pg. 296) “compreendem ser a consolidação da oposição binária masculino/feminino e da sexualização de papéis, enquanto consequências das construções culturais sobre as diferenças sexuais. Logo, diria, como representações”. E essas construções sociais exercem um movimento pela mudança social, facilitando a expansão de novas definições de papéis, tendo como objetivo a redistribuição do poder na sociedade.

Por fim o comportamento do sexo masculino e do sexo feminino esperado irá variar conforme as convenções do seu contexto social. Pois a relação entre o masculino e o feminino modifica de acordo suas vivências e tem influências também

baseadas nas diferenças entre raças, classe, sexualidade e outros, que transformam as definições sobre o gênero. Portanto o significado dado para o homem ou a mulher é determinado entre os homens através da cultura.

Portanto a realidade da vida da mulher historicamente é marcada por condições de vulnerabilidades sociais e psicológicas. Sua construção histórica é fundamentada nas diferenças entre os gêneros, pela divisão sexual dando origem as desigualdades sociais. Sua formação é atribuída com bases nas diferenças de papéis entre os sexos, onde as relações de poder entre o homem e a mulher coloca a mulher como inferior, já que sua construção é a partir daquele que a domina, o homem. Sendo assim, a mulher é vista como um ser humano que diante da sua realidade vulnerável necessita de um olhar mais amplo aos cuidados. A literatura relata que a mulher em sua trajetória social e familiar foi vítima de violência física e simbólica, principalmente as mulheres da zona rural, por viverem dentro de um contexto mais isolado, com dificuldades em todos os sentidos.

Partindo desta avaliação e o conhecimento histórico e cultural da vida da mulher, o Estado como órgão responsável pelo acesso aos direitos humanos, busca suprir as demandas, criando uma legislação específica para a proteção da mulher. De acordo o livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, afirma que:

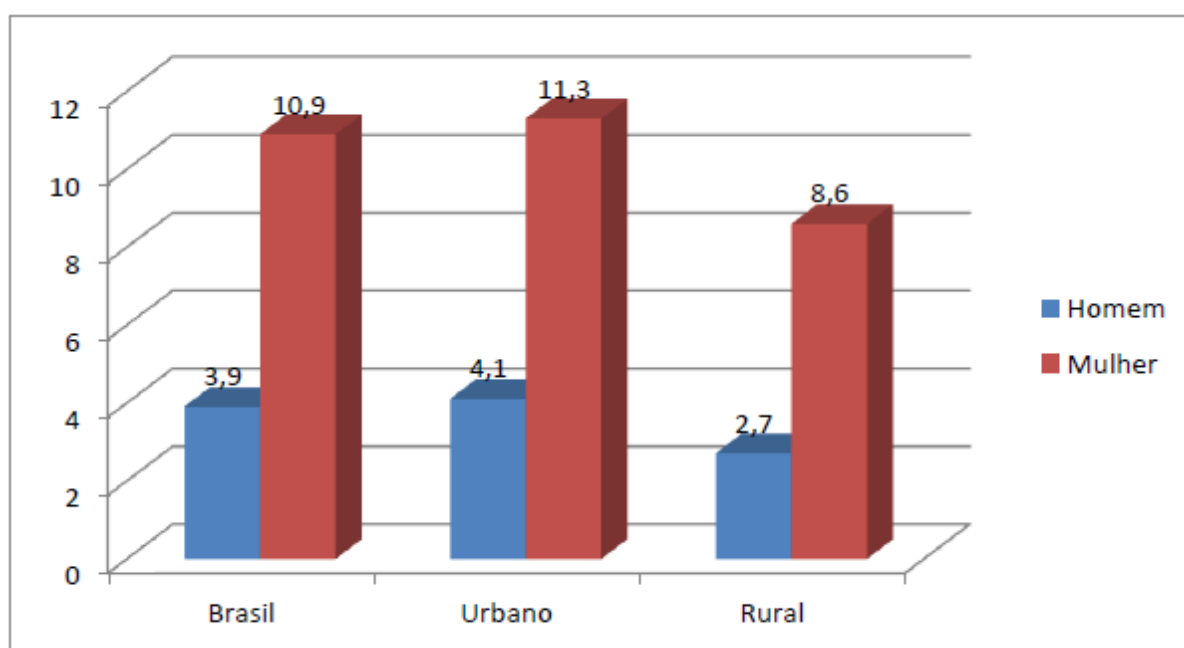
A necessidade de legislação específica para menores, mulheres, minorias e refugiados afetados por transtornos mentais provavelmente seria desnecessária se a prática mostrasse que esses grupos vulneráveis receberam tratamento e serviços adequados e não discriminatórios. Entretanto, na realidade, esses grupos são discriminados e existem sérias injustiças (OMS, 2005 p. 117).

Buscando cuidar dos direitos dos mais desfavorecidos, a formalização da legislação pode ajudar a reduzir as disparidades sob os critérios de distribuição dos serviços, já que existem mulheres que fazem moradia em áreas distantes dos serviços de saúde mental, podendo ter o acesso reduzido diante das necessidades de atenção a saúde mental. Conforme Silva (2007) foi criada uma lei para proteger e cuidar das pessoas com problemas mentais no ano de 2001, a Lei 10.216, consolidando inicialmente uma política de atenção à saúde mental, o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial, fundido em todo território nacional.

A consolidação das diretrizes desta política foi de extrema importância para a descentralização dos atendimentos em hospitais, ampliando os atendimentos de forma mais direta com a pessoa com problemas mentais e com familiares. E essas diretrizes tem um papel fundamental nos cuidados para com a mulher, por muitas vezes serem vitimizadas por fatos relacionados à desigualdade e discriminação. Para reforçar esta afirmativa, o livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação relata que “Fortes desigualdades de gênero e discriminação são uma questão de fato em muitas sociedades no mundo inteiro. Injustiças e práticas discriminatórias podem provocar e exacerbar transtornos mentais em mulheres” (OMS, 2005, p. 115).

Atualmente um dos problemas mentais mais repetidos na vida das pessoas é a depressão, um tema frequente na área de saúde. Os dados do IBGE (2013) destacam que problemas de depressão afetam mais as mulheres do que os homens, conforme a Figura 1.

Figura 1. Diagnóstico de depressão em pessoas com 18 anos ou mais



Fonte: IBGE, 2013

Diante destes dados o IBGE demonstrou que as mulheres têm uma maior predisposição no desenvolvimento da depressão, tanto no contexto da zona urbana como rural, porém, com um percentual maior para as mulheres situadas na área

urbana. Neste sentido, as mulheres são mais suscetíveis a desenvolver depressão que os homens, caracterizando-a como uma enfermidade predominantemente feminina. De acordo Ribeiro (2012) os cuidados da depressão em mulheres devem ser observados a partir do seu gênero, pois a depressão é mais presente no sexo feminino por existir particularidades relacionados a sua condições fisiológicas, como a influência da flutuação hormonal relacionadas ao ciclo reprodutivo feminino, podendo interferir no humor e no comportamento . As mulheres são sensíveis às oscilações hormonais deixando-as mais vulneráveis aos transtornos do humor, especialmente a depressão como doença ou sintomas depressivos

Para garantir mais recursos para saúde mental e melhorara das condições de vida de quem possui problemas mentais, a legislação serve para garantir esses direitos principalmente para os grupos de mais vulnerabilidades, sendo aqui, a mulher.

2.2 Políticas públicas e saúde da mulher

As primeiras políticas públicas no Brasil em cuidados para com as mulheres foram incorporadas no século XX. Inicialmente sua preocupação era limitada a questões referentes à gravidez e ao parto, baseada especificadamente numa visão biológica, e do seu papel como mãe ou dona de casa. Essa política de atenção à saúde da mulher surgiu historicamente por meio de fatos complexos e emergentes sobre a saúde, problemas relacionados aos índices de doenças cardiovasculares, a Aids, a violência e aos problemas associados a gravidez como, o câncer do útero, a mortalidade entre outros (BRASIL, 2004).

Motivadas pela existência de políticas a favor da saúde da mulher tem-se a participação dos movimentos feministas que inicialmente buscaram compreender questões sobre gêneros, aos quais enfatizavam as desigualdades sociais entre o homem e a mulher. A luta feminista representou a ruptura dos antigos pressupostos sobre os direitos da mulher inserindo-as a adquirir direitos iguais ou semelhantes aos dos homens em todos os sentidos da vida em sociedade.

Assim, as contribuições dos movimentos feministas tiveram grande participação no Brasil referente às políticas sociais saindo do anonimato de uma vida privada passando a atuar nas esferas públicas. As questões colocadas pelos

movimentos de mulheres, na passagem dos anos 1970 para 1980, coincidiram com as demandas colocadas pelos movimentos sociais em seu conjunto que dizem respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde.

Segundo Tavares, Andrade e Silva (2009) desta forma respostas em detrimento do surgimento de políticas de saúde a favor da mulher ocorreram com a fundação do programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, fruto da luta feminista, que inseriu a mulher como prioridade do governo. Sendo este, um marco na história das políticas públicas dirigidas a necessidade de superar esses limites, justifica-se pelo caráter das mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva estratégica que as informações têm nos processos de decisão materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e sobre prioridades em políticas públicas. Nesse sentido a implantação desta política pública, o PAISM vem contribuir para com a consolidação e garantia dos direitos humanos às mulheres.

A mulher e suas especificidades de vida se constituem em sua interação no meio social, suas relações são estabelecidas dentro de um contexto entre os homens e as mulheres, na relação de poder, na exploração de vida, onde a mulher tinha seu papel de trabalho doméstico e o homem, do outro lado, inserido nos espaços públicos. Após várias lutas feministas, atualmente já é possível ver a mulher em busca de adquirir os mesmos direitos dos homens em várias atribuições, como direitos políticos, jurídicos e civis.

E estas relações entre os gêneros vêm se disseminando ao longo dos tempos em conjunto das mudanças sociais que emergem com base no modo de produção do contexto sociocultural referentes a cada gênero, masculino e feminino. Cujo é materializado ao longo da história, esta necessidade é reforçada por ter que compreender demandas que surgem no contexto da mulher, sendo uma delas, a saúde da mulher.

Para a OMS “[...] a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Neste contexto, ter saúde significa o bem-estar biopsicossocial do indivíduo,

portanto, ter acesso a um bom estado de saúde significa o uso de um dos direitos fundamentais, o Ministério da Saúde, como mostra:

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. (BRASIL, 2004, p. 05).

Portanto o PAISM surge anunciando uma nova roupagem em cuidados à atenção integral a saúde da mulher, e em consonância, insere-se também uma proposta de modo parcial, um programa que contemple ações em prol de um planejamento familiar, sendo este um programa que se preocupava o controle da reprodução.

Enfatizando a importância dos cuidados com a mulher, segundo dados divulgada pelo IBGE em 2013, no Brasil existem 103,5 milhões de mulheres, representando 51,4% da população. As mulheres são a maior população brasileira, sendo, portanto, as principais usuárias do serviço de saúde pública. As mulheres apesar de ocuparem um maior espaço territorial, contudo conforme relata o Guia de Direitos Humanos:

[...] ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e/ ou tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009. p. 30).

Diante dos dados expostos no Guia dos Direitos Humanos, as mulheres vivenciam situações de violência emocional e psicológica, aspectos estes importantes para com o desenvolvimento humano da mulher, dentre elas, situações de desigualdades, conflitos de direitos entre os gêneros e a inserção de uma política de saúde para mulher voltada pela preocupação do aumento populacional.

No mesmo sentido de atenção ao cuidado da saúde da mulher, percebe-se a necessidade de articular atenção em outras áreas mais vulneráveis, como por exemplo, a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras rurais.

As situações de saúde envolvem diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados ainda pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico (BRASIL, 2004, p. 09).

2.3. Saúde da mulher rural

As situações da zona rural brasileira vêm sendo marcada pelas desigualdades sociais, que se expressa quando são comparadas pelas condições da população urbana.

Assim, a análise das desigualdades e das condições de vida das mulheres rurais deve levar em conta as péssimas condições de vida e de acesso a políticas públicas nas zonas rurais, especialmente nas regiões mais pobres do país, que afetam sobremaneira as mulheres rurais, aprofundando ainda mais as desigualdades específicas de gênero (HEREDIA; CINTRÃO, 2006, pg. 02).

As organizações em prol dos direitos das mulheres da zona rural surgiram a partir do ano de 1985, com a implantação de programas e projetos, com incorporação das questões sobre gênero. “Diante das mobilizações e reivindicações das mulheres do campo, surge o Programa de Apoio a Mulher Rural” com o objetivo de desenvolver planos de ação que proporcione melhorias de vida para a trabalhadora rural, ou seja melhores condições de trabalho. (HEREDIA; CINTRÃO, 2006).

Contudo, mesmo com os avanços entende-se que a acessibilidade da mulher do campo aos benefícios, como políticas públicas, ainda é deficiente e precária, sob diversos aspectos, como já destacado, sendo a saúde da mulher rural uma questão que necessita ser priorizada. Nesse sentido, destaca-se que, a saúde da trabalhadora rural não é vista do mesmo modo que a saúde da mulher trabalhadora urbana pelas diferenciações não somente sobre as condições, fisiológicas as quais possuem com mais fácil acesso, e sim, principalmente suas condições

socioeconômicas, marcadas pela pobreza, falta de boas condições de moradia, analfabetismo, difícil acesso a assistência social e a saúde.

Portanto para as mulheres da zona rural ter “saúde” conforme conceitos da OMS precisam ser assistidas na integralidade, nos âmbitos físicos, mental e social. Nesse contexto a criação da PNAISM, como já visto, apresenta uma nova proposta para assistir a mulher em diversos aspectos, a partir de uma nova prática com foco na integralidade do cuidado em saúde, valorizando as questões de gênero e lançando um olhar para grupos alijados das propostas de políticas de saúde, como por exemplo, a mulher trabalhadora do campo. Considerando que:

As trabalhadoras do campo também estão imbricadas a limitação da sua situação de mulher somente na perspectiva de reprodução, cuidado com a família, como também o cuidado com a terra. Nesse contexto a trabalhadora do campo vivência um duplo processo de discriminação, dentro dos limites impostos pelas condições de produção e reprodução da sua vida como trabalhadora do campo, dentro de um modelo de desenvolvimento econômico que a exclui e oprime duplamente por ser da classe trabalhadora e por ser mulher (SCHWENDLER, 2009 apud PIRES; JESUS, 2012, p. 01)

Com o objetivo de obter uma melhor qualidade de vida da mulher rural, condições de melhorias devem ser incorporadas através de novas políticas públicas em detrimentos de novas demandas, do que se diz respeito à saúde da mulher nos âmbitos biopsicossocial. É importante ressaltar que na literatura existem várias concepções acerca da saúde da mulher, algumas limitadas nas questões biológicas outras pautadas nos direitos humano.

Neste processo de saúde e doenças, fatores sociais, econômicos e culturais estão intimamente ligados e variam no tempo e espaço. Diante disso pode-se dizer que a realidade do lugar da mulher rural atualmente se encontra ainda assentados em relações desiguais, afetando diretamente a saúde desta, pois as situações conflitos de papeis, e de gênero na zona rural interferem na saúde da mulher. “Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas”. (ROVERY; TEIXEIRA, 2011, p. 02).

Estes fatores são fortemente presentes de maneira conflitante na vida da mulher rural, e não se pode esquecer a influência das questões psicológicas para

com a saúde mental da mulher, pois cada sujeito traz consigo sua subjetividade, isso quer dizer sua forma de ver ou reagir às situações do seu meio.

As indagações do tema saúde mental e mulher, compõe um universo de experiência profissional que remete à importância do papel da mulher frente à dinâmica da família e da sociedade. Assim traz-se à discussão para o contexto do portador de transtorno mental, por ser este o espaço de construção de ações interventivas e investigativas, e, de experiência e reflexão sobre o tema. As diferentes faces da mulher enquanto portador de transtorno mental. Primeiramente, a dimensão humana, que Carrasco (2002, p. 115), define como sendo “aspectos tão essenciais para a vida como o alimento mais básico”, carregado de subjetividade e por vezes relegado ao segundo plano, são necessidades de afeto e relações, de carinho e cuidados, que compõem o ser. Para Tavares, Andrade e Silva (2009):

Um destaque pode ser feito à temática Saúde Mental e Gênero já que este estudo enfoca, além da Promoção da Saúde e intersectorialidade, a questão da depressão no sexo feminino. Segundo Ministério da Saúde, 2004, trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Tais condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero, bem ressaltada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009, pg. 30).

Assim, a análise das desigualdades e das condições de vida das mulheres, especificamente, as mulheres rurais, deve levar em conta as péssimas condições de vida e de acesso a políticas públicas nas zonas rurais, sobretudo, nas regiões mais pobres do país, que afetam sobremaneira, aprofundando ainda mais as desigualdades específicas de gênero.

O contexto das condições de vida da mulher rural tem um papel fundamental, assim, a compreensão da dinamicidade, dos acontecimentos e as influências dos fatores subjetivos, podem contribuir no desenvolvimento de transtornos mentais. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos transtornos mentais.

A Organização Mundial de Saúde (2001; p.09), destaca que, os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas.

Portando o desenvolvimento de transtornos mentais, está ligado às formas de interação do sujeito, aqui em questão, às formas de interação da mulher rural com os seus vínculos sociais, psicológicos e biológicos. Nesta perspectiva de atenção a saúde mental territorial é preciso identificar as dificuldades existentes dentro de cada contexto cultural, as formas de pensar e agir desta comunidade referente à mulher. De acordo com Oliveira (2007, p. 04), as demandas sociais referentes ao sexo feminino colocam as mulheres em desvantagens de todos os tipos.

Estas desvantagens constituem riscos e vulnerabilidades não apenas para o desenvolvimento social e econômico destas mulheres, mas, sobretudo, constituem risco para a saúde, e uma saúde mental fragilizada contribui de forma importante para o sofrimento e desenvolvimento de doenças físicas e mentais. As causas que podem desenvolver sofrimento psíquico são múltiplas, de maneira que somadas podem surgir algum tipo de transtorno mental. Levando em consideração sobre as representações socioculturais “historicamente, a zona rural é um espaço que ainda apresenta taxas lastimáveis de pobreza, de baixos níveis de escolaridade e de atenção do poder público, no que tange ao desenvolvimento social” (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013, p. 268).

A mulher em todos os seus contextos vem se desenvolvendo, buscando seu espaço de direito. De acordo ao IBGE (2013) as mulheres atualmente com 37,3 % são as mantenedoras do lar, é a maioria da população com 51,4%, e vem crescendo no mercado de trabalho. As mulheres da zona rural não estão de fora, pois, muitas contribuem no sustento da casa, com o trabalho na lavoura apesar de vivenciar dificuldades socioeconômicas e desigualdades sociais.

As características das condições de vida da zona rural demonstram um lugar que apesar de muitas conquistas ainda se encontra em condições de vulnerabilidade sociais para as pessoas e, além disso, é um lugar onde existe déficit da atuação do governo em promover saúde e assistência. Diante disso, fica explícito as condições precárias que a mulher rural vivencia fatores que podem influenciar no

desenvolvimento de problemas mentais. Dentro desta perspectiva fica latente a partir de algumas pesquisas que a mulher rural possui muitas atribuições e é marcada pelas desigualdades sociais. De acordo o relatório sobre a saúde no mundo (2001, p. 03).

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais.

Assim sendo, a saúde mental requer a compreensão dos fatores individuais e subjetivos das pessoas. A vida da mulher na zona rural historicamente é marcada por condições desfavoráveis. Sabe-se que a mulher atravessou muitas lutas contra a desigualdade, sendo que a mulher rural dentro deste contexto histórico se torna ainda mais vulnerável não somente em relação ao problema de discriminação de gênero, sobretudo, porque viver na área rural requer compreender algumas limitações que podem influenciar na saúde mental das mulheres.

Dentre as dificuldades, pode-se destacar que a mulher rural é vista culturalmente como aquela que tem o papel responsável pelo bem estar da família, isto pode representar simbolicamente para a mulher uma sobrecarga, proporcionando o surgimento de problemas emocionais ou psicológicos.

É sabido que a vida no campo tem seus pontos positivos e negativos. As pessoas que vivem na zona rural estão em situações mais vulneráveis, como falta de acesso a recursos importantes pra sua sobrevivência e para seu desenvolvimento. E, neste sentido, apesar da vida no campo proporcionar uma sensação de liberdade e contato com a natureza, apresenta alguns problemas, como o acesso a saúde, a educação e ao trabalho, sobretudo, pela dificuldade de mobilização, os meios de transportes são mais lentos, não existem escolas próximas, e, estes fatores são essenciais para se ter saúde.

Apesar de termos um sistema de saúde universal ainda existe muitos obstáculos em garantir direitos efetivos em alguns territórios de difícil acesso. Os espaços rurais geralmente, erroneamente, são identificados como espaços isolados,

onde a aplicação de serviços é limitada decorrentes de condições de infraestruturas. Estas limitações acabam afetando o acesso ao serviço de saúde que garanta a saúde na zona rural, e, especificamente a da mulher.

A zona rural no Brasil passa por muitas dificuldades, principalmente no que se refere às condições precárias em que vive parte desta população, como já destacado. Buscando a melhoria desta população surgem Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Segundo a mesma:

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta expressa o compromisso político do governo federal em garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o citado desafio e também contempla o atual momento brasileiro de incluir as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações. O processo de sua construção baseou-se nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações e teve caráter participativo, por se fundamentar em amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais. (PNSIPCF, 2013 pg.09 e10).

No entanto, ainda existem dificuldades enfrentadas no acesso das políticas públicas de saúde. Na zona rural existe um distanciamento grande dos espaços para conseguir atendimentos, sobretudo no que diz respeito a problemas de saúde específicos, como é o caso da saúde mental.

2.4 Mulher Rural: identidade, mercado de trabalho e estigma

A história a vida da mulher foi marcada inicialmente por lutas contra a desigualdade. Estas lutas se iniciaram a partir da década de 80, com o movimento feminista organizado, que teve o objetivo buscar a igualdade nas relações entre os gêneros. Um movimento contra as formas de opressão contra a mulher. Para Faria (2009, p. 13) os movimentos de mulheres são um dos movimentos mais enraizados e contam com maior organicidade e capacidade de mobilização em nosso país. Exemplos disso são as três edições da Marcha das Margaridas (2000, 2003 e 2007), os vários acampamentos e mobilizações do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), das mulheres do MST e tantos outros.

Na década de 90, emergem movimentos de mulheres de diferentes raças, indígenas, mulheres da zona rural, homossexuais e ambientalistas, que buscavam seu espaço diante das diferenças, tendo foco sua inserção nos aspectos políticos, econômicos e sociais.

Neste sentido as mulheres rurais se posicionaram com seus movimentos e suas manifestações, na tentativa de expor suas reivindicações a favor da sua categoria. Para Carneiro (1987, p. 11), a participação de mulheres em movimentos sociais no campo toma uma característica singular na década de 80 quando são realizados os primeiros encontros voltados para problemas que lhes são específicos.

Existem muitos relatos na literatura sobre os problemas específicos vivenciados pela mulher na zona rural, questões sobre os papéis do gênero, trabalho, subordinações sociais, que manifesta um efeito de exclusão dos direitos da mulher na zona rural. Se tratando sobre o papel da mulher da zona rural é visto a influencia da cultura da comunidade determinando qual postura a mulher deve apresentar.

Tradicionalmente os ensinamentos do papel do feminino na zona rural são marcados pela educação dos valores e princípios voltada pela autoridade do homem dentro da família. Nesse sentido vemos que existem diferenças entre os gêneros, diante dos modelos de comportamentos entre o homem e a mulher. Essas diferenças de gênero de acordo a literatura estão ligadas a sua formação, a partir da cultura, que dá ao homem o poder, o papel dominante das relações entre os gêneros. Para tanto, segundo Pinsky (2009, pg. 162) “gênero remete à cultura, aponta para a construção social das diferenças sexuais, diz respeito às classificações sociais de masculino e de feminino”.

Socialmente esse comportamento humano construído culturalmente é formalizado pela inserção de crenças, pensamentos, ideias, e, em conjunto são as representações sociais do sujeito. As Representações sociais para Spink (1993, pg. 303) “é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam”. Assim, são as formas de expressão baseadas nas suas crenças, seus pensamentos, que são expressos e adquiridos a partir das interações

sociais, e estas explicam os fenômenos a partir de uma análise vinda do coletivo, sem deixar de lado a individualidade do sujeito.

Deste modo, fora do coletivo existe uma visão marcada pelos processos de formação da identidade individual no social, não podendo deixar de vista que independente das experiências do sujeito dentro de uma coletividade que pode marcar e conduzir o comportamento, tem o sujeito em sua formação de identidade individual.

Essa identidade individual da mulher historicamente é marcada pela sua posição em relação às suas escolhas na sociedade, como, a profissão, a religião, o estado civil, e, partir desta identidade é que as mulheres iniciaram lutas pela igualdade através dos movimentos femininos, contra a desigualdade de gênero formada pelas representações sociais de determinados grupo, como grupo da família, do trabalho, grupos das relações interpessoais, entre outros.

E, estas relações com a sociedade e com a família da mulher da zona rural sofrem influências de ideias enquanto formação da sua identidade social, e a escolha da sua posição em relação aos demais dentro de uma sociedade. Assim destaca-se que:

Identidade social, ao mesmo tempo em que tenta explicar as relações intergrupais, é um modelo que se concentra nas necessidades e motivação (a necessidade de uma identidade social positiva) individuais como meio de explicar fundamentalmente a dinâmica interpessoais e intergrupais. Dentro deste contraste, a teoria das representações sociais, ao descrever como as pessoas vêm para interpretar e fazer o seu mundo significativo, é um modelo que se concentra sobre os processos de comunicação interpessoal e a ação como os determinantes da estrutura e conteúdo dos sistemas de crenças que são chamados representações sociais. (BREAKWELL, 1992, p. 01 e 02)

Assim a formação da identidade da mulher é composta por grupos seus aprendizados estão ligados diretamente com suas interações, e, a sua identidade individual e social possuem um papel transformador que podem se explicados pelas interações grupais que se formaliza através das necessidades e das motivações, empregada por uma identidade social positiva.

A identidade segundo a sociologia é formada através das interações do sujeito com a sociedade, a formação da identidade não é algo fixo, pois, o mesmo

sofre influências das mudanças do contexto cultural, político e social. Portanto a identidade é mutável e evolutivo, e, decorrente das experiências o sujeito, vai se modificando e construindo deste modo sua identidade social, que é designada a partir de suas crenças pertencentes à certa categoria, sendo acompanhado por um sentimento de pertencimento do grupo mulheres.

Dentro deste contexto, a construção da identidade da mulher da zona rural pode ser estabelecida não de forma fixa, mas mutável decorrente da inserção de novos acontecimentos e da introdução de novos conceitos. Desse modo, investigar os aspectos que influenciam a formação da identidade da mulher rural se torna pertinente para compreender sua dinamicidade, ou seja, como esta mulher se sente e se comporta perante os acontecimentos de sua vida. Um dos aspectos de grande importância está em compreender como são as relações entre os gêneros e suas definições e particularidades na sua vida em sociedade. Dessa forma:

O gênero se torna uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOOT, 1989, p. 07).

E, dentro deste perfil é visto a representação do papel da mulher na zona rural advindas de uma construção social deflagrada por uma cultura baseadas em diferentes papéis do homem e da mulher, que se operam, muitas vezes, sobre relações de poder. Segundo o IPEA (2017, p. 25):

No meio rural, a desigualdade entre os gêneros associa-se intimamente à divisão do trabalho e a dominação masculina na esfera das relações de trabalho exprime em certo grau o componente sexual da subalternidade que marca a esfera das relações domésticas, tal separação não apenas reforça a anulação do trabalho feminino, como tampouco permite estimar a carga de sobretrabalho que se impõe à mulher.

Tal fato expressa o papel subalterno de suas atribuições. E neste contexto também, pode-se destacar que, as mulheres que vivem no meio rural além de cuidar da casa, da família, participam do trabalho no campo e não sendo considerado como

trabalho, porque não são contabilizadas em termos monetários (HEREDIA; CITRÃO, 2006).

Neste contexto, deve-se levar em consideração a influência histórica do papel da mulher, sendo mais forte no contexto rural, estando às mulheres responsáveis pelo cuidado da família e pela segurança alimentar, tarefas estas construídas socialmente e que exercem uma ação de invisibilidade e precariedade da mulher em outros contextos, por suas funções serem apenas vista como reprodutivas.

Apesar de tudo diante dos movimentos contra a desigualdade, a mulher vem exercendo seu direito a cidadania. Esta por sua vez, é definida de forma geral [...] como o conjunto de direitos que são normalmente concedidos ao homem, mas não às mulheres”. Neste sentido a organização é um caminho para colocar a mulher “[...] lado a lado do homem” (CARNEIRO, TEIXEIRA, 1995. p.46). Nesse sentido suas ações são resultantes das diferenças estabelecidas entre o homem e a mulher.

A inclusão de novas ideias desenvolvidas pelo coletivo, o reconhecimento dos seus direitos pela igualdade nas relações sociais entre os gêneros, implica necessariamente segundo Sales (2007) o fato das trabalhadoras rurais passarem a construir momentos e acontecimentos importantes no processo organizativo desta categoria em prol dos seus direitos, possibilitando a estas mulheres exercer seus direitos, no falar, discordar, concordar, propor ou reivindicar.

Com tal participação e aprendizado as mulheres rurais iniciam a consolidação de seus direitos em 1980, que acontece através da realização de encontros Nacionais, campanhas e marchas. Segundo Sales (2007) “A inserção das mulheres rurais no campo político (sindicatos, associações, movimentos sociais, partidos políticos) tem possibilitado um aprendizado coletivo”. E partir dessas novas conquistas a mulher rural tem um papel transformador, posição esta que resulta em novos arranjos de vida.

A mulher no campo é pensada a partir de seu papel como ator político, ou seja, a partir de seu compromisso com uma determinada visão de participação no processo de transformação social que envolve lutas e reivindicações diversas. (CARNEIRO; TEIXEIRA, 1995, p. 48)

Cabe destacar que “[...] o que distingue essa participação feminina nas lutas do conjunto dos trabalhadores rurais é o fato de se estar tornando pública a situação

da trabalhadora-mulher que engloba outras identidades, o da trabalhadora-mãe e o da trabalhadora-esposa”, destaca Carneiro (1994, p.14). E assim, permitir romper, em parte, sua invisibilidade.

A mulher da zona rural na busca da consolidação de seus direitos através de suas lutas pela igualdade vem solidificando sua participação no mercado de trabalho e suas diferentes formas de atribuições enquanto mulher na família, que aos poucos vem se modificando e delineados por novos arranjos familiares e novos comportamentos formando assim sua identidade dentro do contexto rural.

Estudos apontam que atividades no campo apresentam uma hierarquia na divisão sexual atribuída ao homem as atividades rurais, não se tratando da atividade desenvolvida e sim a separação do significado de seus papéis. Por outro lado, destaca-se que as atribuições da mulher rural dentro do mercado de trabalho são caracterizadas por diferentes formas na produção agrícola, estas estão ocupando seu lugar nas terras, no plantio, no cultivo, estão presentes nas atribuições de casa, na roça, lutando por seus direitos como trabalhadora rural. E este processo de organização da mulher trabalhadora rural resultou na criação da Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais em 1995. Este movimento é conhecido pela sigla MMC. É um movimento social popular brasileiro, que se apoia pelo governo de todas as esferas, representando as mulheres trabalhadoras rurais, com trabalhos importantes na luta por direitos da mulher da zona rural. Cabe destacar a principal luta do MMC:

[...] A principal luta do MMC é contra o modelo capitalista, patriarcal e racista e pela construção de uma nova sociedade com igualdade de direitos, assumindo como principal luta o Projeto Popular de Agricultura Camponesa Agroecológica, com uma prática feminista, fundamentada na defesa da vida, na mudança das relações humanas e na conquista de direitos. (CRUZ; 2013, p. 01)

Deste modo percebe-se que a trajetória de ação e movimentos em favor da situação ocupacional da mulher trabalhadora rural parte de parcerias com outras instâncias. Com esta mesma expectativa o extinto Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) juntamente com Assessoria Especial de Gênero, Raça e Etnia (AEGRE) e do Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural (NEAD), buscam também refletir sobre a situação das trabalhadoras rurais principalmente a respeito das desigualdades que ainda afetam suas vidas. Existem estudos que se

podem considerar fatores negativos que marcam a vida das mulheres trabalhadoras rurais. Segundo estes autores.

A ausência ou reduzida remuneração, a pretensa menor jornada de trabalho se comparada com a masculina, que resulta da invisibilidade do seu trabalho, e a melhoria no acesso à educação desacompanhada de uma inserção plena no desenvolvimento caracterizam parte da realidade das mulheres rurais, que representavam, em 2006, mais de 47% da população rural. (FARIA et al, 2009, pg. 08)

Buscando transformações e avanços para a mulher rural, surgiu novas políticas públicas implementados por meio do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Este plano é um compromisso do governo no enfrentamento das desigualdades de gênero e raça e suas ações buscam gerar condições de melhoria para estas mulheres.

O PNPM (2004) está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres. Em relação a estas áreas estão contempladas as políticas e ações que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras.

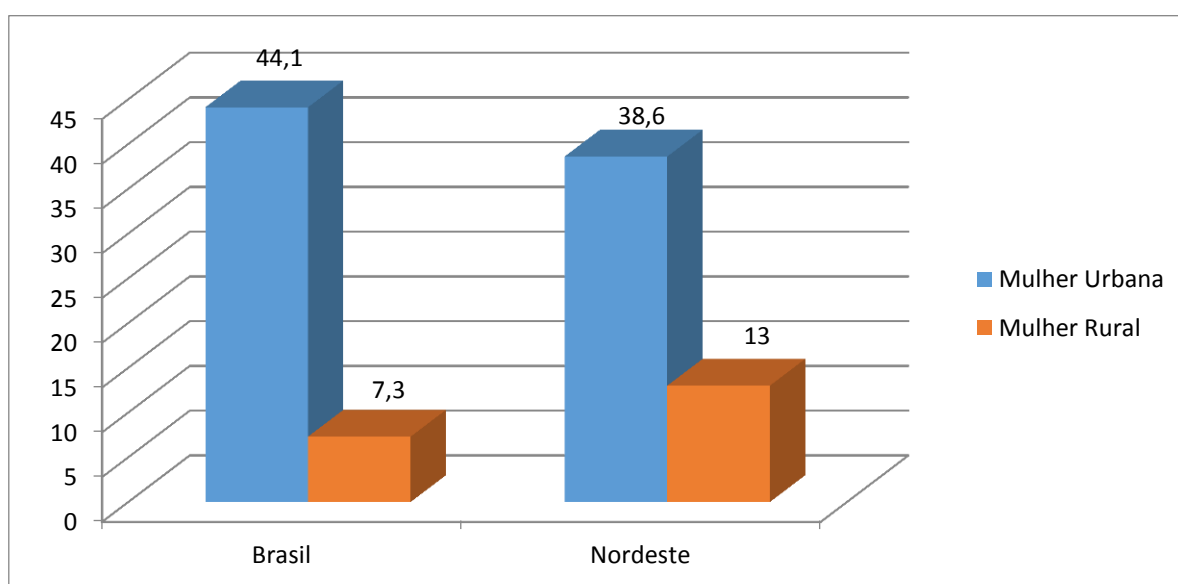
A elaboração deste plano tem início com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) realizado em julho de 2004, onde o Estado reconhecendo seu papel como articulador de ações políticas passa a garantir os direitos da mulher enquanto cidadã. Segundo Butto (2009) o plano contém ações capazes de gerar autonomia econômica, mediante a individualização de direitos, quebrando assim a tradição familista, que historicamente marcou a ação do Estado, e estimulando uma inserção soberana das mulheres na família, na economia e na participação cidadã.

Portanto esta trajetória marcada por movimentos de lutas contra a desigualdade entre os gêneros, inserindo o Estado como responsável em construir ações políticas que minimizem os problemas assentados na cultura que desfavorecem a mulher ao longo da história.

A mulher da zona rural ainda possui o estigma da função ser apenas uma cuidadora do lar e responsável pela saúde da família. No entanto mudanças acometidas em relação ao papel mulher atualmente na sociedade estão vinculadas à sua inserção no mercado de trabalho. Atualmente segundo as estáticas do IBGE (2013) no Brasil sua população tem o total de 190.755.799 pessoas, deste total as mulheres representam um total de 97.348.809, e, os 93.406.990. Portanto, compreende-se que o número de pessoas do sexo feminino é maior que o do sexo masculino. Na zona rural, por outro lado, já se tem o número de homens maior que o de mulheres representando 15.691.314 do total, contra 14.129.837 de mulheres.

Conforme demonstra o gráfico 2, trazendo com referência à situação da mulher rural comparado a mulher que mora na zona urbana é visto uma pequena proporção de mulheres vivendo na zona rural em relação ao todo das mulheres que vivem na zona urbana. É possível também identificar a pequena dimensão de mulheres vivendo na zona rural diante do total populacional no Brasil.

Figura 2 - Proporção de mulheres na zona rural e urbana no Brasil e no Nordeste



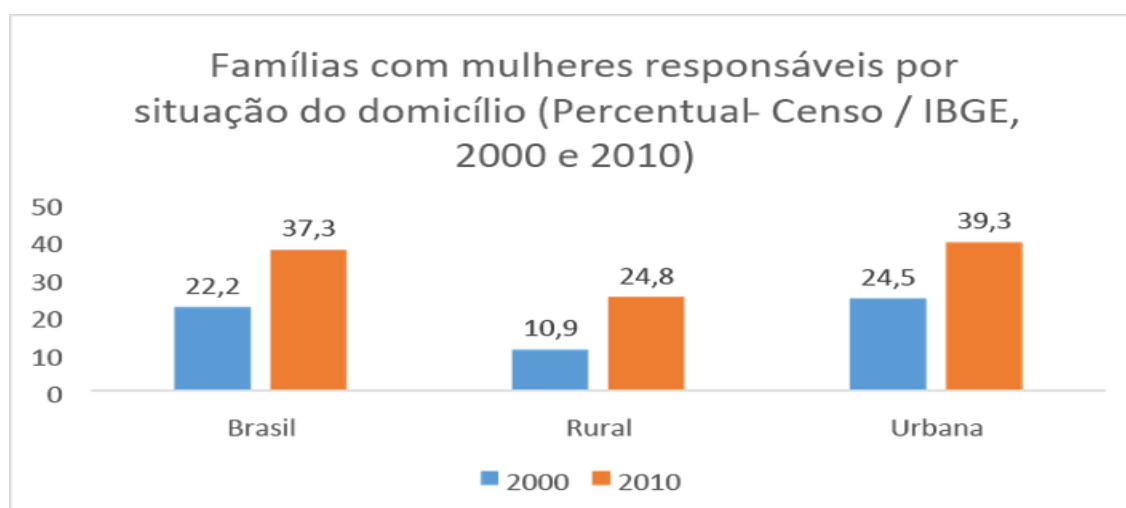
Fonte: IBGE,2013

Avaliando o percentual dos dados do IBGE (2013) é possível observar que no Brasil é pequena a população feminista com moradia na zona rural em relação ao urbano. Através da avaliação desses dados podem-se compreender os problemas que as mulheres que moram na zona rural enfrentam, o descaso do poder publico, o

difícil acesso à saúde, a educação, entre outros que pode justificar por ser esta categoria uma pequena parte populacional.

Contudo, apesar destas dificuldades as mulheres rurais vêm se desenvolvendo e atuando como chefes de família. Segundos dados do IBGE (2013) o percentual das mulheres reconhecidas pela família como responsáveis pelo lar na zona rural é de 24,8 %%. No gráfico 3 avaliando o perfil da mulher na zona rural é possível identificar sua importância na sociedade e na família, diante dos resultados percebe-se que o aumento considerável da contribuição da mulher nos cuidados com a família é significativo, o valor de 15,1% atribuídos no período de 2000 a 2010 , mostra que sua inserção no mercado de trabalho aumentou significadamente.

Figura 2 – Famílias com mulheres responsáveis por situação do domicílio



Fonte: Sistema Nacional de Indicadores de Gênero (SNIG) - Censo / IBGE

Diante do histórico das lutas do movimento feministas, estes dados são um indicativo que a mulher buscou seu espaço e sua autonomia dentro da sociedade, vislumbrando, dentre outros aspectos, uma melhor qualidade de vida. Por isso, as diversas lutas das trabalhadoras rurais em contraponto da sua posição subordinada historicamente dentro da família, configuram-se a desigualdade e intensifica a exploração e exclusão.

Este estigma, apesar de muitas conquistas femininas, ainda é expresso na sociedade. Segundo Carneiro (1987, p. 20) O fato de "trabalhar fora" é visto como um fator que acentua essa situação. A exclusão do marido do processo produtivo pode implicar na ameaça à perda de sua autoridade como chefe de família, mas não

corresponde a um ganho de autoridade pela mulher. A divisão do trabalho é associada diretamente pela dominação masculina. No entanto, segundo Ferrant (1982. p. 97) “[...] o trabalho da mulher no campo, envolvido em uma trama de relações, que o tornam preso às amarras às vezes invisíveis, ainda apresenta-se como um objeto de estudo pouco explorado, mas, nem por isso menos importante”.

3.METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico escolhido para essa pesquisa, que compõem a base de dados dessa investigação. Também serão apresentados os instrumentos utilizados na investigação, assim como, os procedimentos adotados durante a análise dos dados obtidos e o *locus* da pesquisa.

3.1 Caracterizações da pesquisa

A população objeto deste estudo constitui-se de mulheres trabalhadoras rurais residente no Município de Mairi-BA, e, que realizam atendimento no CAPS RENASCER I. Mairi é um município localizado na Mesorregião do Centro-Norte Baiano e na Microrregião de Itaberaba. Sua população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, é de 19.326 habitantes. Este município é composto por vários povoados situado na zona rural. Dentre eles, foi escolhido para a presente pesquisa, o Povoado do Angico. E esta escolha se justifica por prevalecer neste povoado uma parcela maior de mulheres que fazem tratamento de depressão e ansiedade no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) RENASCER I.

Para compor a pesquisa foi realizado um recorte populacional de 10 mulheres residentes no Povoado do Angico, dentre as que fazem tratamento clínico nesse Centro de Atenção Psicossocial, com diagnóstico de transtornos mentais, com quadro de depressão e ansiedade.

Para compreender a singularidade da temática, saúde mental das trabalhadoras rurais, adotou-se um estudo descritivo por meio de uma abordagem qualitativa. O método utilizado foi estudo de caso, por permitir uma melhor compreensão da realidade social e psicológica do objeto em questão, de forma detalhada.

A metodologia qualitativa, parte do pressuposto de que tanto os pesquisadores como os pesquisados têm representações e noções coerentes em relação ao universo vivido e experimentado no seu cotidiano. O método se constitui como um fenômeno que é construído pela subjetividade humana e pelos significados culturais e afetivos, particulares e coletivos. Esse método valoriza a “criatividade”

do pesquisador na condução de todo o processo da pesquisa, e se caracteriza como método não linear e mais flexível. Nesse sentido:

[...] os métodos qualitativos representam as grandes possibilidades de operacionalização das concepções que emergem dos novos paradigmas. Esse método tem como foco interrogar sobre fenômenos que ocorrem com seres humanos na vida social, mas especialmente a construção de marcas teóricas, a partir das próprias informações da realidade estudada e que, posteriormente, servirão de referenciais para outros estudos (MINAYO, 1992, p. 93).

É nessa perspectiva que se desenvolveu este estudo que à luz do método qualitativo permitiu uma maior interação da pesquisadora com o grupo de pesquisadas.

Para dar conta deste processo investigativo a fim de estudar a saúde mental das mulheres do Município de Mairi – BA utilizou-se como instrumentos de coleta de dados secundários, a pesquisa documental, mais especificamente, os prontuários das mulheres atendidas no CAPS RENASCER I, que tinham diagnóstico de transtornos mentais, com quadro de depressão e ansiedade.

Cabe destacar que, o acesso aos prontuários foi mediante ofício apresentado ao coordenador do equipamento do CAPS informando os objetivos da pesquisa e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para a autorização da posterior coleta dos dados.

De posse destes prontuários (ANEXO A), foram selecionadas as mulheres, que se configuraram o objeto deste estudo, para dar início a pesquisa de campo para coleta dos dados primários com as pacientes atendidas no CAPS que possuíam diagnóstico de depressão e ansiedade.

Os dados primários foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, associadas a um Questionário de Auto Relato (SRQ). De acordo Gil (1999) a entrevista é uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse de uma investigação, onde o pesquisador formula perguntas orientadas, com um objetivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interação social.

Para esta pesquisa, a entrevista semiestruturada teve a função de realizar um diagnóstico e, a posterior análise socioeconômica, cultural, familiar e profissional

das entrevistadas, a fim de identificar as suas características específicas para elaboração do perfil destas mulheres, e, sobretudo para atender aos objetivos da pesquisa.

Em campo foi aplicado também um questionário, o modelo escolhido foi o Self-Report Questionnaire (SRQ-20), questionário de auto relato. Este é um questionário de identificação que permite ao pesquisador avaliar os riscos para distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, risco para depressão e ansiedade, um modelo desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Este modelo de questionário é composto por 20 questões elaboradas para detecção de distúrbios “neuróticos” (ANEXO B).

Esse questionário atualizado pela OMS tem objetivo de avaliar as condições mentais dos indivíduos. Foi designado para detectar se há presença ou não sintomas de transtornos mentais, mas não oferece um diagnóstico específico. Se configura como um questionário que tem o caráter de triagem para averiguação, e se apresenta como bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos de pessoas com problemas mentais (SANTOS, PINHO, SILVA, 2010).

A partir deste instrumento, para uma pessoa ser considerada como possível caso de transtorno mental, se utiliza a pontuação de sete ou mais respostas afirmativas (sim), cada resposta vale um ponto. Este escore foi obtido através de determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos: de um lado os indivíduos com maior probabilidade de ter um transtorno mental comum, assim indicando sofrimento psíquico relevante e que merece atenção de profissionais de saúde mental, e de outro, um grupo com maior probabilidade de não o ter. Busca-se valorizar nos relatos das entrevistadas os significados de natureza subjetiva e coletiva, os quais são complexos e passíveis de modificações.

A presente pesquisa foi realizada em quatro etapas. Na primeira foi realizada uma revisão da literatura, unidos conteúdos referentes ao tema em estudo. Na segunda fase foi realizada uma pesquisa documental, com coleta de prontuários das pacientes selecionadas, que fazem acompanhamento no CAPS, possibilitando uma

melhor compreensão sobre o tratamento. A terceira etapa de trabalho constituiu-se pela aplicação da entrevista semiestruturada com 10 mulheres, trabalhadoras rurais. Nesta etapa buscou-se identificar o perfil socioeconômico e os fatores subjetivos das condições psicológicas e emocionais das mesmas, bem como também sua percepção ao tratamento.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE B) utilizado como instrumento de pesquisa foi composto no total por 42 questões que versavam sobre identificação pessoal, condições econômicas, estrutura familiar, fatores subjetivos sobre sua condição de saúde e sua percepção sobre o tratamento. A utilização da entrevista se deu por ser um instrumento capaz de responder a um grande número de questões importantes para atender o objetivo deste trabalho. As entrevistas foram transcritas conforme a fala dos participantes, e os dados categorizados. A quarta etapa constituiu-se na aplicação do questionário. (SRQ-20), como já destacado, um teste que avalia a presença ou no sofrimento mental.

Cabe ressaltar que a coleta de dados tanto nos prontuários quanto nas entrevistas e nos questionários foram realizados mediante autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para fins de sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa. Os dados coletados foram sistematizados, tabulados e analisados à luz da teoria.

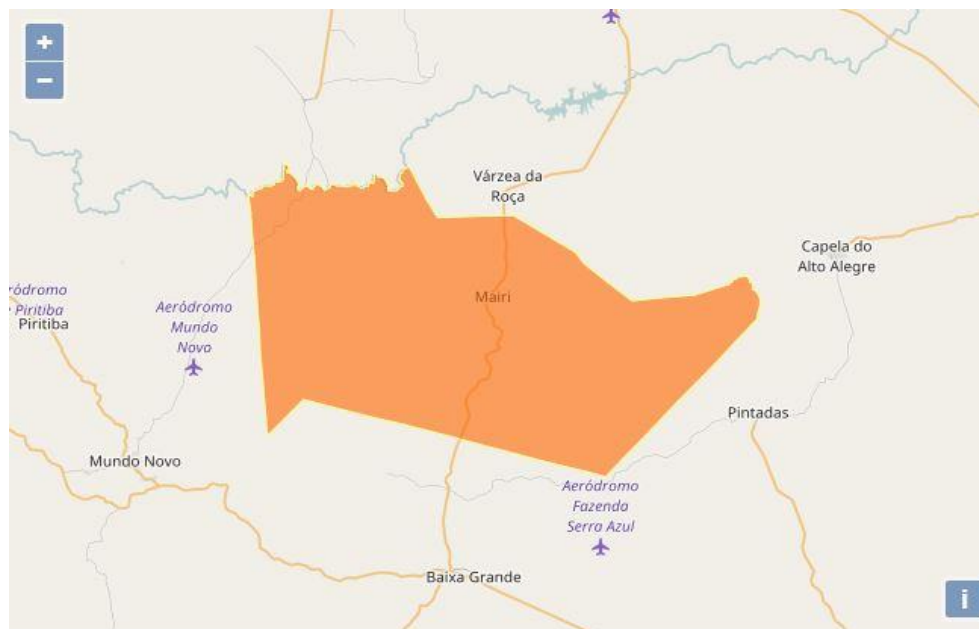
3.2 Caracterizações do município *locus* da pesquisa

Esta pesquisa se desenvolveu no Município de Mairi- Ba, Localizado na Mesorregião do Centro-Norte Baiano e na Microrregião. Sua população segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) estima-se por 19.326 habitantes, possui uma área territorial de 952,600 km², com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,572. O tipo climático do Município é o semi-árido e seco. A topografia é montanhosa, pela presença de ramificações da Serra Preta, e a sua principal elevação é a Montanha Santa Cruz, onde existe uma capela.

A cidade de Mairi, inicialmente chamada de Monte Alegre, foi descoberta por colonizadores que exploravam as minas de ouro da cidade de Jacobina. Historicamente em 1838 surge como distrito com a denominação de Monte Alegre, sendo elevada na condição de cidade em 1897.

No ano de 1939 retificado por decreto o município mudou de Monte Alegre para Mairi, sendo constituído como sede. Conforme ilustra a Figura 4, Mairi se encontrar entre seus vizinhos, Várzea da Roça e Baixa Grande (IBGE 2010).

Figura 3 - Localização do Município de Mairi - Bahia



Fonte: IBGE, 2010

A economia do município de Mairi move-se, principalmente, em torno da atividade agropecuária, quase exclusivamente para sobrevivência. Sua produção mais importante é a mandioca, seguido de feijão, mamona e sisal. O trabalho no setor agrícola continua de forma tradicional, onde o pequeno agricultor trabalha para se manter (IBGE 2010).

Para promover a agricultura familiar no(s) Município (os) de sua abrangência, o sindicato do Município de Mairi, disponibiliza infraestrutura para cadastramento e organização deste público, em parceria com a prefeitura, o Serviço Territorial de Apoio à Agricultura Familiar (SETAF) e associações que se identificam com este público, estes, nos últimos anos tem acompanhado e contribuído para a consolidação do Programa Nacional da Agricultura Familiar (PRONAF), tendo participado efetivamente de mobilizações e negociações a nível nacional, estadual e municipal, como os Gritos da Terra Brasil, Feiras, etc. Além destas lutas, o Sindicato ainda oferece aos agricultores sócios da entidade serviços com tratamento dentário, advogado, Médico Oftalmologista.

A cidade de Mairi é fortemente alicerçada pelo trabalho desenvolvido na zona rural; O município é composto por alguns povoados, como o povoado de Alagoinha, Urucu, Aroeira e Angico. Por prevalecer uma maioria de mulheres com transtornos mentais que fazem tratamento no CAPS, como já destacado, foi escolhido para pesquisa o Povoado do Angico. Este possui 4.942 habitantes segundo o IBGE (2010). Neste povoado tem uma característica marcante que é a realização de sua feira livre, onde muitos produtos são fornecidos e vendidos pelos trabalhadores rurais locais.

Quanto aos serviços públicos em saúde, segundo o IBGE (2010) há 11 unidades de atenção à saúde no Município de Mairi, sendo implantado neste povoado, serviços como um posto de PSF, com atendimento médico de segunda a quinta. E existe também o apoio com atendimentos domiciliar, o programa Melhor em Casa, um serviço DESYINADO as pessoas que possuem dificuldades temporárias ou definitivas, que não conseguem sair de casa para tratamento em uma unidade de saúde.

Em se tratando dos serviços públicos de atenção a saúde mental, foi implantado o Centro de Atenção Psicossocial no ano de 2008, para consolidar sua implantação foi preciso estabelecer compactuação com outros dois municípios vizinhos, como Várzea da Roça e São José, para obter o número de 20.000 mil habitantes, exigidos nos critérios de sua implantação.

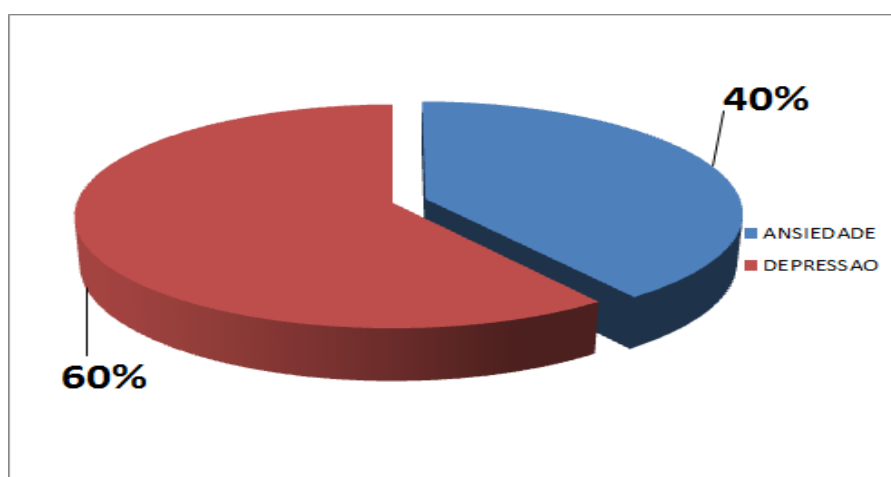
O CAPS de Mairi é composto pela equipe de nível superior mínima, ou seja, um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro e o coordenador, além de duas cozinheiras, um funcionário para os serviços gerais, um porteiro, duas recepcionistas e dois técnicos de enfermagem. Neste Centro são realizadas atividades semanais, como oficinas de arte, de jardinagem e de música.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo foi realizado com um recorte populacional de dez mulheres trabalhadoras rurais residentes do Povoado do Angico. A escolha desta amostra foi por prevalecer uma maior frequência de acompanhamento dentro do CAPS, surgindo assim o interesse em identificar possíveis fatores que pudessem influenciar o surgimento de transtornos mentais, tais como ansiedade e depressão.

Este recorte populacional foi selecionado a partir da descrição nos prontuários destas mulheres, 60% com diagnóstico de depressão e 40% com diagnóstico de ansiedade, (Fig.5).

Figura 4 - Recorte populacional para o estudo



Fonte: Trabalho de Campo - 2016

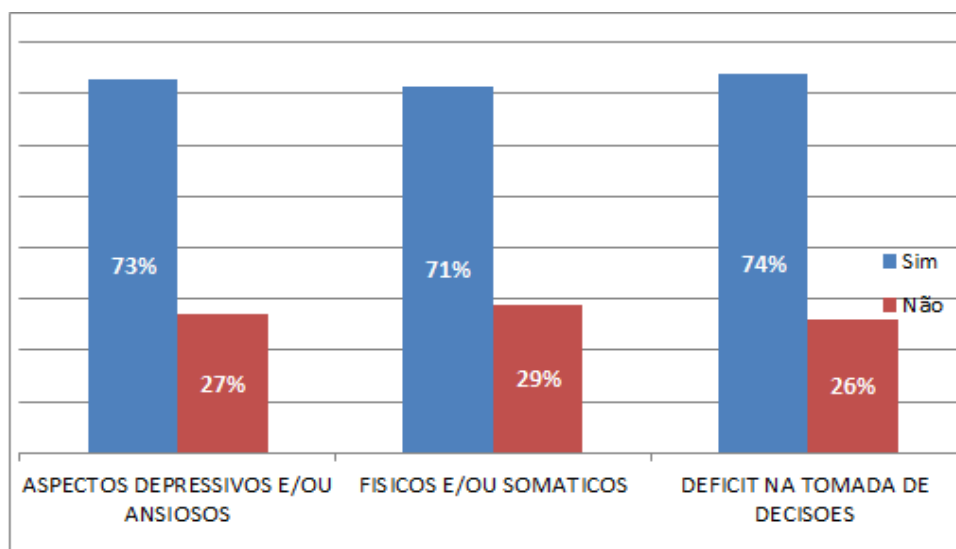
Os resultados obtidos na pesquisa foram coletados através de uma pesquisa documental especificamente nos prontuários, de um questionário específico, o SRQ-20, e, através de entrevistas semiestruturadas. Para melhor compreensão da avaliação em relação à aplicação do questionário SRQ-20, foram classificados os resultados em três categorias: A aspectos depressivos e/ou ansiosos, aspectos físicos e/ou somáticos e aspectos de déficit na tomada de decisões.

O questionário, como já apresentado, é composto por 20 questões do tipo sim/não. E este corresponde a um instrumento de rastreamento das condições psiquiátricas, funcionando da seguinte forma: cada resposta afirmativa é pontuada

com o valor um para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade (KAPCZINSKI , 2008). Cabe destacar que, a iniciativa de utilizar esse questionário se deu com a perspectiva de reafirmar (ou não) a condição diagnóstica das entrevistadas.

A avaliação do questionário SRQ- 20, a partir do campo, revelou a confirmação dos sintomas depressivos e ansiosos das mulheres que foram entrevistadas via roteiro semiestruturado e a partir dos dados do prontuário. De acordo a figura 6, os resultados das categorias predefinidas e analisadas demonstram que na primeira categoria, os aspectos depressivos e/ou ansiosos, obtiveram 73%. Para a segunda categoria, os aspectos físicos e/ou somáticos, os resultados apontaram 71% dos casos e, a terceira categoria, para os aspectos de déficit na tomada de decisões, os resultados apontaram 74% dos casos. Portanto, os resultados apontaram que todas as mulheres entrevistadas possuem sintomas psiquiátricos, com media entre 70% e 100%, confirmando, desta forma, o diagnóstico apresentado nos prontuários.

Figura 5 - Resultados do questionário - SRQ-20 – Self Report Questionnaire



Fonte: Trabalho de campo, 2016.

O questionário SRQ 20 revelou, portanto, fatores fortemente em comum entre as mulheres, de acordo com a tabela 01. Revelando, portanto que, entre 80% a 100% das mulheres entrevistadas sofrem de sintomas como tensão, preocupação,

dores de cabeça, insônia, tristeza, perda de interesse pelas coisas, sentindo-se fadigadas o tempo todo, e, com dificuldades em pensar e realizar tarefas.

Estes sintomas são reflexos do diagnóstico de depressão e ansiedade, conforme aponta Dalgalarondo (2000). A ansiedade caracteriza-se quando existem certos tipos de sintomas, sendo frequente, a insônia, a tensão, a angústia, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, associados a sintomas físicos como a taquicardia, a tontura, a cefaleia, as dores musculares, o formigamento, e, o suor.

Para o diagnóstico de depressão, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (1994), é necessário existir sintomas como, a falta de interesse ou falta de prazer nas suas atividades, a perda ou ganho de peso, a insônia ou a hipersonia quase todos os dias, a agitação ou o retardo psicomotor, a fadiga ou perda de energia, o sentimento de inutilidade ou de culpa; a indecisão e a dificuldade de concentração; os pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Para tanto, vemos que diante dos sintomas revelados existem dados que confirmam a interação de sintomas de ansiedade e depressão.

No entanto, cabe destacar que a ansiedade e a depressão costumam ter seus sintomas confundidos, pois são dois distúrbios emocionais aparentemente parecidos, por ambos terem sintomas compartilhados a exemplo da insônia, dores de cabeça, tensão, nervosismo. Ter ansiedade é muito comum na vida das pessoas, contudo essa ansiedade só se torna patológica quando as sensações de nervosismo, medo, sentimentos de ameaça se tornam constantes com grandes proporções e começam a atrapalhar e controlar a vida das pessoas.

Já a depressão é fortemente marcada pelos sintomas de tristeza, desespero, para Porto (1999, p.07) “O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s)”. Ambos os quadros de sintomas podem ser semelhantes, como a falta de interesse nas atividades diárias e perda de interesse em outras áreas.

A tabela 01 apresenta dados extremamente relevantes na identificação, na reafirmação e, portanto, na confirmação dos sintomas depressivos e ansiosos das

mulheres entrevistadas quando analisados os fatores depressivos e/ou ansiosos, assim como sintomas físicos e/ou somáticos, e o déficit na tomada de decisões.

Assim fica explícito a prevalência de todos os sintomas, com destaque de 100% dos resultados, as dores de cabeça, o nervosismo e a insônia, e 90% sintomas como a tristeza constante, a perda de interesse e a fadiga, estes foram os sintomas que tiveram maior prevalência entre os sujeitos da pesquisa. Representando uma media entre 70% a 80%% dos casos, destacaram-se o chorar mais do que costume, os tremores, as dificuldades em tomar decisões, as dificuldades no pensar com clarezas, e o sentimento de incapacidades, entre outros.

Tabela 1 Questionario SRQ-20

SRQ-20 - Self Report Questionnaire			
Item	Perguntas	%	
		Sim	Não
ASPECTOS DEPRESSIVOS E/OU ANSIOSOS			
04	Assusta-se com facilidade?	50%	50%
06	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	100%	0%
09	Tem se sentido triste ultimamente?	90%	10%
10	Tem chorado mais do que costume?	70%	30%
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	90%	10%
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	60%	40%
17	Tem tido ideia de acabar com a vida?	50%	50%
FISICOS E/OU SOMATICOS			
01	Você tem dores de cabeça frequente?	100%	0%
02	Tem falta de apetite?	60%	40%
03	Dorme mal?	100%	0%
05	Tem tremores nas mãos?	70%	30%
07	Tem má digestão?	30%	70%
18	Sente-se cansado (a) o tempo todo?	80%	20%
19	Você se cansa com facilidade?	90%	10%
20	Têm sensações desagradáveis no estomago?	30%	60%
DEFICIT NA TOMADA DE DECISOES			
08	Tem dificuldades de pensar com clareza?	80%	20%
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	80%	20%
12	Tem dificuldades para tomar decisões?	70%	30%
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é perigoso, lhe causa sofrimento?).	70%	30%
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	70%	30%

Fonte: Trabalho de Campo, 2016 -

Vale apenas ressaltar também os resultados relacionados aos sintomas sobre ideias suicidas, com 50% para resposta sim e 50% para não, isso demonstra que o

desejo de acabar com a própria vida – desejo suicida, não necessariamente, pode ser um fator determinante para uma pessoa que tem um diagnóstico de depressão.

Em relação à categoria que diz respeito às dificuldades nas tomadas de decisão, os resultados apontaram uma média de 75% dos casos, revelaram que os problemas emocionais influenciam diretamente nos pensamentos do homem com problemas de transtornos, afetando, conseqüentemente, o corpo físico, com sensação de cansaço e dores no corpo.

Os dados coletados através das entrevistas em campo demonstram a confirmação do diagnóstico de depressão, quando relacionados os questionários e as entrevistas, pois, quando foi perguntado as mulheres como era seu tempo e suas atividades diárias antes do diagnóstico do transtorno, 60% das entrevistadas relataram que era ótimo, 30% consideraram ser bom, e, apenas 10% relataram ser ruins. Correlacionando com o questionário SRQ-20, estas respostas atuais obtiveram 80% dos resultados, e, portanto, demonstram que essas mulheres atualmente possuem dificuldades em realizar suas atividades diárias.

Outro dado que foi reafirmado na entrevista juntamente com o questionário foram os sintomas de insônia e dores de cabeça, 100% das entrevistadas confirmaram esses sintomas tanto no questionário SRQ-20 quanto na entrevista em campo, sintomas comuns entre os diagnósticos de depressão e ansiedade.

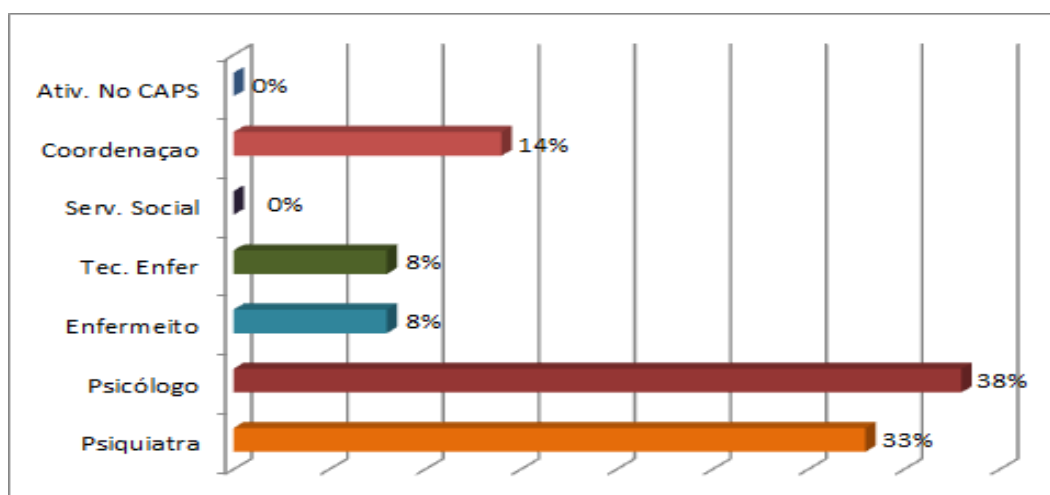
Portanto a avaliação dos resultados obtidos no questionário reafirmaram os diagnósticos de depressão e ansiedade e estes estão em consonância com os resultados da entrevista, demonstrando as diferenças entre o antes e o hoje sobre os sintomas destas mulheres que vivem com depressão e ansiedade.

Os dados coletados através da pesquisa documental, (Fig.7) especificadamente os descritos nos prontuários pela equipe multidisciplinar do CAPS, com informações desde início do tratamento das mulheres até os dias atuais, revelaram aspectos negativos sobre a dinamicidade da atuação dos profissionais do setor.

Estes demonstram resultados de déficit de atuação profissional em relação a sua função no acompanhamento destas mulheres. E neste contexto, os dados revelam que nenhuma das mulheres foram acompanhadas pelo profissional de

serviço social, demonstrando a falta de orientação e atribuição desta área, os dados revelam que 100% das mulheres também não participam das atividades realizadas no setor, como mostra a figura 7 que apresenta resultados baixos de atendimentos com os profissionais de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Figura 6 - Controle de atendimento no CAPS



Fonte: Trabalho de campo, 2016

Estas informações retratam a ineficiência de gestão uma vez que o profissional deve ter um projeto terapêutico do serviço que considere as diferentes contribuições técnicas de cada profissional, essencial no processo de tratamento/acompanhamento, o que não tem acontecido neste caso específico. Neste sentido, as equipes técnicas deveriam organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

Sendo assim se torna indispensável o acompanhamento do profissional, por exemplo, de serviço social e a participação dos usuários nas atividades terapêuticas. Caso o usuário não venha participar, cabe aos profissionais realizar uma busca ativa, no sentido de estimulá-lo a participar de forma mais frequente de seu tratamento, mostrando a sua importância. O papel do profissional do serviço social é de extrema importância para conhecer as condições no âmbito social, analisando os

problemas e as demandas, com objetivo de prevenir e intervir nos desajustes de natureza psicossociais.

Outro dado importante é a relação feita entre os resultados das entrevistas com os dados dos prontuários, pois, quando confrontado estes dados, percebeu-se que todas as mulheres, segundo as entrevistas, relataram ir a cada trinta dias para apanhar os medicamentos, e, diante das informações dos prontuários que foram avaliados desde o ano referente ao início do tratamento até os dias atuais, os números dos registros não condizem com os números que deveriam ser registrados, ou seja, existem mulheres que iniciaram o tratamento desde o ano de 2008, como pode ser observado na tabela 02, no entanto, os dados revelaram que os números registrados são inferiores:

Tabela 2 - Fluxo de atendimentos por profissionais entre os anos de 2008 a 2016.

Nº	Data de nasc.	Admissão	Quant de atend.	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermeiro	Tec. enf.	Serv. Social	Coordenação	Ativ. no CAPS
1	08/04/47	29/10/08	43	19	11	03	02	00	08	00
2	02/07/68	09/10/15	08	04	02	02	00	00	00	00
3	28/11/62	28/11/14	07	05	0	02	00	00	00	00
4	20/09/75	08/04/16	02	01	0	01	00	00	00	00
5	03/11/62	30/08/12	03	01	0	02	00	00	00	00
6	06/02/72	20/12/11	09	03	01	02	03	00	00	00
7	12/12/95	06/05/16	04	01	02	01	00	00	00	00
8	31/03/83	13/07/10	06	02	02	01	01	00	00	00
9	05/08/79	03/03/08	142	36	60	08	12	00	26	00
10	29/07/52	27/05/08	40	14	21	00	02	00	03	00

Fonte: Trabalho de Campo 2016

Como exemplo, cabe destacar, uma usuária que iniciou o tratamento em 2008, realizou 40 atendimentos multidisciplinares, contudo, dentro destes, ocorreram apenas 02 atendimentos com o técnico de enfermagem, sendo que, apenas o técnico de enfermagem e o enfermeiro são responsáveis pela retirada da medicação, e, posterior entrega ao usuário. Esta usuária utiliza as medicações que o setor oferece, ou seja, pelo registro, esta usuária não retirou nas datas a quantidade mensal da medicação que foi prescrita.

Este dado demonstrou fatores relevantes, um dos fatores pode ser o não registro pelo profissional da retirada da medicação ou, a paciente conseguiu prescrição médica em outro setor e realizou a compra com seu próprio recurso, e, assim não ficou registrado no banco de dados dos prontuários. Com bases nessas hipóteses fica clara a necessidade de supervisão nas atribuições de cada profissional do setor.

Os dados registrados nos prontuários descritos na tabela nº 02, também revelam o fluxo de atendimentos que as mulheres realizaram durante o acompanhamento pelos profissionais e as atividades desenvolvidas. Fica latente a procura do acompanhamento com os profissionais, especificamente o psicólogo, com o maior número de procura, registrado com 38% e, em seguida o médico psiquiatra com 33%. É importante relatar que, a carga horária do profissional em psicologia no setor é maior que a do médico psiquiatra, sendo assim, se tornando mais fácil acesso os atendimentos psicológicos.

As avaliações realizadas foram feitas a partir dos atendimentos registrados desde admissão, tal fato demonstra que essas mulheres inicialmente começaram seus tratamentos tendo mais atendimentos na área da Psicologia, com a realização da psicoterapia e que poucos acontece à evasão nos atendimentos com o psicólogo, e assim, aumentando gradativamente o acompanhamento com o médico psiquiatra, decorrente a necessidade da tomada da medicação.

Em relação ao uso de medicamentos, 100% das mulheres continuam ingerindo os medicamentos. Nas entrevistas todas relatam que após o uso da medicação alguns sintomas diminuíram como, dores de cabeça, insônia e impaciência, e tal fato melhorou a vida das mesmas.

Os dados também revelaram que 100% das mulheres nunca participaram das atividades realizadas pelo setor, sendo que no CAPS são realizadas atividades diárias, como oficinas de jardinagem, oficinas pedagógicas e cinema, entre outros. Este resultado é preocupante, porque a integração social pode fazer parte do tratamento, com funções terapêuticas, que pode representar uma melhora no quadro das pacientes, muitas são as formas de intervenção terapêuticas em prol do tratamento para pessoa com transtornos mentais, e as oficinas e as atividades grupais, são exemplos destas.

Nos CAPS, cabe ressaltar, devem ser realizados atendimentos em grupo, como oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal (BRASIL, 2004). Essas atividades desenvolvem a interação grupal novas aprendizagens e a construção de vínculos, ajudando na melhoria emocional e psicológica.

A maioria das mulheres que participaram desta pesquisa tem a média de idade acima de 47 anos e uma frequência de 38 atendimentos anuais de variável entre as mesmas. A tabela 02 demonstra um valor baixo de atendimentos no geral, com uma média de 26 atendimentos. No entanto, ainda revela que três dessas mulheres indicadas na tabela pelos os números 1, 9 e 10, revelam um fluxo de atendimentos, consideravelmente maior que as outras, um dado relevante de investigação. No entanto, cabe destacar que, não existem relatos sobre a atribuição desta frequência nos prontuários ou nas entrevistas.

Percebe-se, no entanto, por outro lado, que algumas mulheres não realizam um acompanhamento contínuo indicado pelos números 4,5 e 7, este fato merece ser avaliado, na tentativa de identificar quais os motivos que podem estar influenciando estas mulheres a não buscarem o CAPS para realização de um tratamento mais adequado. Diante dos resultados já descritos, a ineficiência da gestão pode ser um dos fatores que esteja contribuindo, para estes resultados, ou seja, o descumprimento das funções da equipe.

Cabe registrar que, a forma correta de acompanhamento pelo setor se baseia nos procedimentos adotados pelo protocolo. O acompanhamento médico acontece a cada três meses, fora isso, apenas em casos de emergência ou de mudança medicamentosa. Quanto ao acompanhamento psicológico este varia entre atendimentos semanais ou quinzenais, dependendo da demanda. No caso das outras especialidades, como a coordenação, o atendimento é realizado todo o dia da semana. Destaca-se também que o enfermeiro, e, o assistente social, não possuem atendimentos agendados.

Observa-se que dados registrados nos prontuários referente ao número de atendimentos com o enfermeiro e com os técnicos de enfermagem, não condiz com

os relatos nas entrevistas, já que as mesmas declararam ir ao CAPS apenas para atendimento médico e para a retirada das medicações. Observando o serviço de entrega da medicação fica claro o déficit, pois os registros demonstram uma quantidade mínima de atendimentos referente à quantidade necessária.

A partir deste resultado, pode-se levantar duas hipóteses: a primeira é que pode não estar sendo registrado nos prontuários no momento em que as mulheres retiraram a medicação, ou ainda, essas mulheres não estão retornando com a frequência que deveria, conforme prescrição, e, de alguma maneira estão conseguindo comprar as medicações, ao invés de retirá-las de forma gratuita no CAPS. Contudo, cabe destacar que, para poderem comprar o medicamento, como são controlados, é necessário obter receita médica.

Outro aspecto importante visto nos prontuários foi o não registro de forma mais completa das informações sobre as pacientes. As descrições são sucintas e objetivas, deixando um déficit de informações a respeito das condições físicas, emocionais, familiares, sociais e psicológicas, fatores que poderiam servir, de alguma forma, na obtenção de um diagnóstico mais completo. Os registros se baseiam apenas nos tipos de medicação prescritas, retirada de medicamentos e marcação de consultas. É, apenas nos atendimentos com o psicólogo que existem registros mais amplos, contudo, ainda precário para ter conhecimento sobre como a usuária se encontra psicologicamente.

Em relação aos dados sobre a não participação nas atividades realizadas diariamente no CAPS, existe a descrição da coordenação nos prontuários de convites para participação das mulheres em oficinas, contudo, sem sucesso. Nos discursos das mulheres, entrevistadas, todas relataram não ter interesse em participar das atividades realizadas no CAPS, pois não se sentem motivadas. Além disso, as informações apontaram que, estas ainda se deparam com a dificuldade de locomoção, já que moram num povoado distante. Neste sentido, a pesquisa aponta para a necessidade de criar estratégias que despertem a motivação e melhores condições de mobilidade, buscando, talvez, parceria com outros setores públicos ou privados.

Portanto, os dados revelam distorções nos discursos das entrevistadas com os dados descritos nos prontuários, pois números de atendimentos informados nos

prontuários são inferiores em relação ao número correto, a falta de acompanhamento da área de assistência social e a não participação nas atividades em grupo. Esses dados revelam problemas na atuação da gestão, como também a falta de motivação das usuárias para participar das atividades em grupo.

A aplicação das entrevistas teve como foco identificar condições nos aspectos sociais, emocional, psicológica e familiar. Este instrumento de coleta de dados, como já destacado, foi aplicado com 10 entrevistadas por 42 questões com objetivo de traçar o perfil destas mulheres e identificar fatores relevantes que possivelmente podem desenvolver problemas psicológicos e emocionais, e aspectos como, estado civil, questões familiares, sociais, profissionais, aspectos sobre acessibilidade nos serviços públicos, crenças religiosas e aspectos pessoais.

De acordo com a tabela 03, os dados foram categorizados em seis itens, com repostas entre, ótimo, bom e ruim. Os dados aparecem com uma estimativa das condições do estado civil, que variam entre bom e ruim, contudo o dado relevante se encontra quando se questionou sobre como era o relacionamento conjugal antes do transtorno. As respostas indicaram que 80% relataram entre ótimo e bom e 20% ruim. Este resultado apontou que antes do transtorno o convívio com o parceiro para a maioria das entrevistadas era mais satisfatório.

Tabela 3 – Aspectos individuais, sociais e familiares.

ITEM	PERGUNTA	OTIMO	BOM	RUIM	NULO
ESTADO CIVIL					
03	Como você se sente em relação ao seu estado civil?	10%	40%	50%	00%
04	Como sempre foi a relação com seu parceiro?	10%	20%	50%	20%
23	Antes do transtorno como era seu relacionamento conjugal?	20%	60%	20%	00%
FAMILIA					
15	Como é seu relacionamento família desde sua infância até os dias atuais?	40%	60%	00%	00%
05	Como sempre foi seu relacionamento com eles?	30%	40%	10%	20%
SOCIAL					
17	De que forma as pessoas lhe trataram?	30%	50%	20%	00%
16	Como é seu relacionamento com seus amigos nesse povoado ?	60%	30%	10%	00%
24	Como eram seus relacionamentos interpessoais antes do diagnóstico?	50%	50%	00%	00%
26	Como você percebe os comportamentos das pessoas deste povoado em relação a você a partir do seu diagnóstico	20%	60%	20%	00%
PROFISSAO					
28	Como você considera sua profissão?	40%	50%	10%	00%
22	Como era sua vida financeira anterior ao diagnóstico?	00%	80%	20%	00%
38	Como era antes do diagnostico seu tempo para a realização de suas atividades de rotina?	60%	40%	00%	00%
PESSOAL					
35	Como você se vê? Uma pessoa:	50%	50%	00%	00%
21	Como era sua vida antes de ter adquirido o transtorno?	60%	30%	10%	00%
ACESSIBILIDADE					
37	Como é sua acessibilidade aos serviços públicos?	30%	50%	20%	00%

Fonte: Trabalho de Campo, 2016.

Contudo, outras afirmaram que isso não é o fator determinante, como sempre: “[...] meu relacionamento não é muito, não é bom, mais agente teve que casar e agora já está os dois velhos, tem que fazer por viver, nunca foi muito bom”. Percebe-se que este problema conjugal está presente desde o início do casamento podendo ser um dos fatores estimulantes para o aparecimento do transtorno.

Outras entrevistadas, porém reforçam estes problemas, em seu discurso, segundo elas, “[...] o que fez com que eu ficasse doente foi o casamento”; “o que fez eu ficar assim foi problema com meu marido, acho que ele tem outra, me trata mau, só paga as contas e acha que deve fazer só isso”; “[...] acho que o problema foi meu marido, sabe que eu era nervosa e ele não ajudava, era nervoso também. Esses discursos podem ser observados na tabela a cima onde 50% das mulheres revelam ser ruim seu relacionamento conjugal e que os motivos que levaram a desenvolver problemas psicológicos e emocionais foram problemas conjugais, os outros 50 % se subdivide entre outras questões, que logo abaixo descritas.

Questões sobre gênero ficaram marcadas pelos resultados demonstrando, uma maior proporção em relação aos outros resultados, onde 50% das entrevistadas desenvolveram o transtorno mental decorrente de conflitos conjugais. Durante as entrevistas ficou latente a ideia dos problemas no casamento, como fonte de angústia, decepção e a vivência de discriminação. Estes aspectos representa um aumento de carga emocional.

Em relação às condições de relacionamento familiar, social e profissional em média 90% das entrevistadas revelam estarem satisfeitas com esses vínculos. Ficaram fortemente marcado, quando questionado como é o relacionamento família da infância até os dias atuais, 100% das entrevistadas relatam ser ótimo e bom. Como segue o relato:

Sempre foi bom o relacionamento com a família, sempre foi unida, sempre tinha amor pela família, tenho sete irmãs, quando tá doente tá perto, tenho muito amor pela família, quando não ama a família não ama mais ninguém, tem gente que diz que nada de família, não acho assim. (Entrevistada, 2016).

Em relação ao relacionamento com a comunidade, o trabalho de campo apontou de maneira satisfatória, a boa convivência com as pessoas do povoado, o que ficou evidenciado que há um sentimento de pertencimento local e às pessoas.

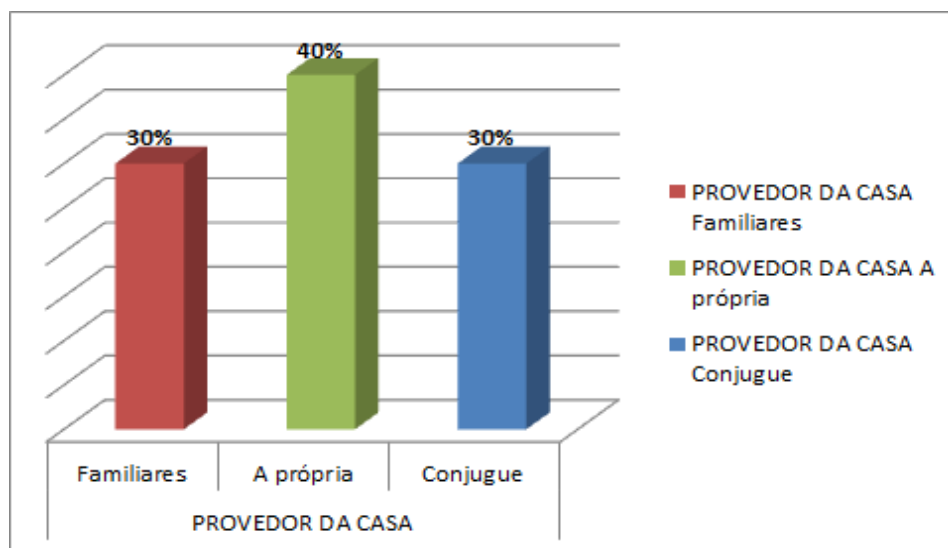
Na tabela 03 se destaca um dado extremamente importante, já que este trabalho trata sobre questões psicológicas. Os resultados apontaram que todas as mulheres têm a percepção de que se vê como uma pessoa ótima ou boa, e, se consideram pessoas com quem valem a pena conviver, ou seja, apesar da sua condição emocional, as entrevistadas afirmaram que esta condição não influencia nas suas relações pessoais.

Cabe destacar também que, a percepção do outro em relação às pessoas com transtorno mental poder ser distorcida por considerar, de forma equivocada, que pessoas com transtornos mentais muitas vezes afetam negativamente o convívio social e familiar, mais isso não é determinante.

É sabido que o fator da situação financeira é importante para o bem-estar, isso por poder proporcionar uma qualidade de vida melhor, dados da figura 08, revelaram que 40% das mulheres são provedoras do seu lar e 30% são

responsabilidade dos familiares, nesta somatória percebe-se que 70% destas mulheres não dependem do seu cônjuge para o sustento da casa, fato relevante, já que o aspecto econômico está ligado a dominação masculina.

Figura 7 – Despesas do lar

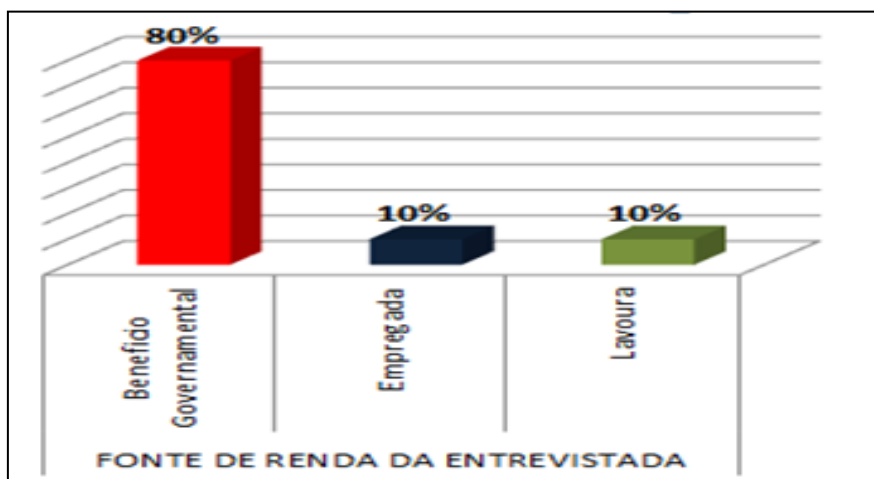


Fonte : Trabalho de Campo, 2016

Este resultado pode indicar que, é possível que a independência financeira da mulher em relação ao homem possa desenvolver no cônjuge um sentimento de insegurança e conseqüentemente comportamentos agressivos.

Outro fato importante na pesquisa é a fonte de renda dessas mulheres. O campo apontou que 80% possuem benefícios governamentais, 50% são transferências do programa como o bolsa família e 30% do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadoria (Fig. 9). Nesse sentido percebe-se que existe emancipação financeira dessas mulheres, podendo desenvolver empoderamento de suas vidas. Os programas do governo são de grande importância para o desenvolvimento do país e milhares de pessoas sobrevivem desses recursos, principalmente pessoas que vivem em áreas mais vulneráveis, como a zona rural. Cabe destacar o discurso de uma entrevistada que afirma que: “[...] o que ganho na roça é pouco, acho bom ter o bolsa família, porque se não tivesse era pior”.

Figura 8 – Fonte de renda.



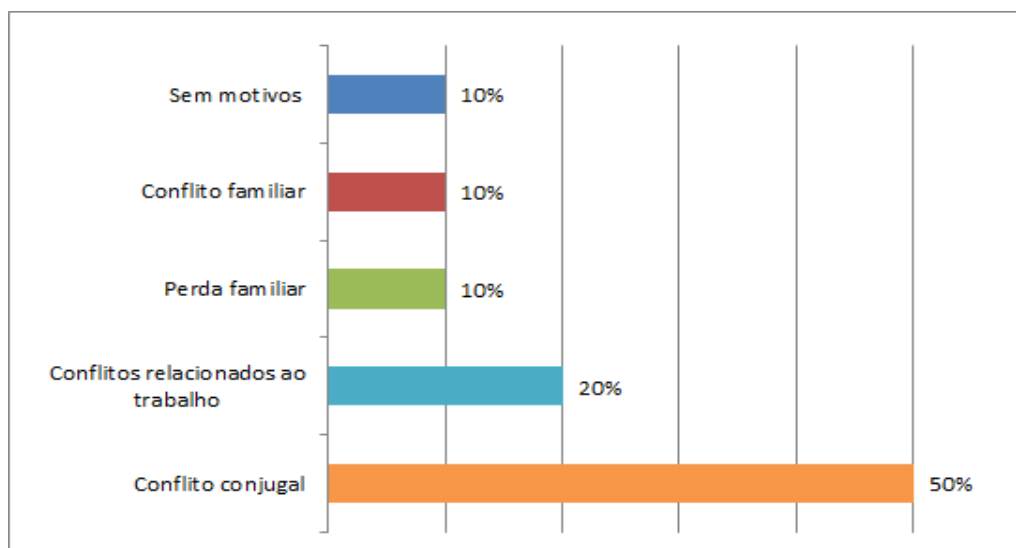
Fonte: Trabalho de Campo, 2016

Estudos apontam, como já discutido anteriormente que, são muitos os motivos que podem levar uma pessoa a desenvolver um quadro de transtorno mental, neste estudo foi possível perceber também motivos variados atribuídos pelas mulheres entrevistadas. Uma delas apontou em seu relato que: “[...] o que pode ter contribuído foi à tristeza pela não aceitação da minha opção sexual pela parte de meus pais”. A avaliação sobre esse relato não só revela uma situação de conflito que envolve relação de gênero como também reflete um quadro de discriminação dentro da própria família.

Na figura 10 destaca-se os principais motivos que podem ter desenvolvido transtornos mentais, depressão e ansiedade na população estudada, dentre eles, os maiores índices foram incidências em relação aos conflitos conjugais, apontando 50% dos casos, em seguida os conflitos relacionados ao trabalho, não especificamente na lavoura, mas, relacionado ao trabalho no setor privado. O restante, apontou 10% para a perda familiar, outros 10% referiu-se a conflito familiar, dentre eles, a não aceitação pela família da opção sexual, e, 10% não soube identificar.

Esses dados refletem as dificuldades que existem, sobretudo, nos relacionamentos conjugais. Portanto compreende-se que problemas relacionados às questões entre gêneros podem ser um dos motivos que podem levar mulheres a desenvolverem transtornos mentais mais que os homens, como aponta a literatura, já apresentada anteriormente.

Figura 9 – Mulheres atendidas pelo CAPS (amostra).



Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Uma das características do perfil das entrevistadas revelou sobre a sua escolaridade. Em campo foi possível observar que 50% delas possuem o 1º incompleto, 20% delas, conseguiram completar o 1º grau, e, 30% referem-se ao percentual que já tem o 2º grau completo. Assim, constatou-se que a maioria dessas mulheres possui um baixo nível de escolaridade, e que algumas relataram sua frustração por não ter continuado os estudos, como segue fala: “[...] não estou satisfeita com o estudo, desejava fazer uma faculdade, mais não pude, hoje é mais fácil, naquela época era mais difícil”. Esse discurso não só reflete a frustração de não ter feito uma faculdade, como também deixa explícito que o acesso à educação antigamente, sobretudo, no campo, era ainda mais precário que os dias atuais.

Em relação à ocupação, quando questionadas sobre qual a sua profissão, assim como, se elas estavam satisfeitas, todas entrevistadas responderam ser lavradoras e declararam que também se sentem realizadas por ter essa profissão, apesar de terem outras atribuições, como, dona de casa, e também empregada doméstica. As entrevistadas declararam que são elas as responsáveis também pela atividade de criação de galinhas e quebra de ouricuri (amêndoa).

Em relação à sua função, especificamente, enquanto lavradora, percebeu-se que o trabalho com o plantio é algo extremamente satisfatório para elas, inclusive, podendo atribuir a esta função com caráter terapêutico, ou seja, um tipo de serviço que causa prazer, satisfação e felicidade às mulheres que vivem no povoado. Como

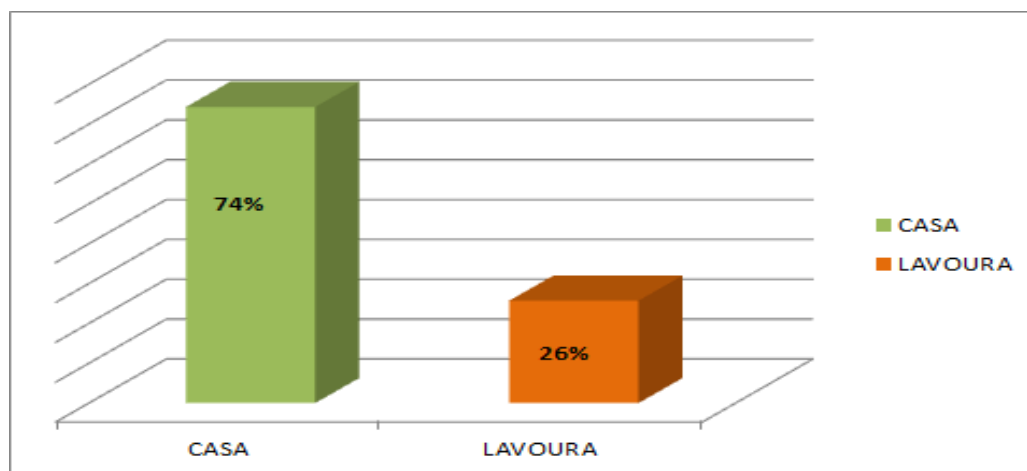
relata uma entrevista: “[...] considero boa à profissão, porque é bom plantar, colher, me dedico em casa todas os dias 5 horas, e, na roça 3 horas. Planto melancia, milho, feijão, mandioca, quando vendemos é na feira e o dinheiro mãe fica, para despesas de casa”.

Aproveitando essa fala que reforça a satisfação no trabalho, a mesma respondeu sobre o destino da produção. A entrevistada relatou que 90% do plantio é destinado ao consumo direto, para o sustento da casa. A fração que é destinada à venda, em média 70% é vendida na feira do próprio povoado, que acontece apenas uma vez por semana, sendo que o lucro da venda é para despesas da casa.

Cabe destacar que apesar dessas mulheres se autodenominarem lavradoras, as entrevistas apontaram que 100% delas passam mais tempo realizando atividades de casa do que na roça. De acordo com a figura 11 essas mulheres, no período semanal, em média passam mais tempo nos serviços de casa com 74% dos casos, e, 26% dedicado plantio.

A pesquisa de campo apontou também que, todas as mulheres possuem várias funções, como o trabalho em casa, na lavoura, como empregada doméstica, entre outros, e, apesar dessas mulheres terem essas multiatribuições, esses fatores, diante dos resultados quando confrontados (prontuário, questionário SRQ-20 e entrevista), não foram o motivo do desenvolvimento dos transtornos, os relatos refletem que essas funções, sobretudo, as atividades desenvolvidas na lavoura, causam satisfação e prazer, portanto, os resultados desta pesquisa, aqui apresentados contrapõem a pesquisa de Costa (2014), quando a autora relata que a tripa jornada de trabalho das mulheres trabalhadoras rurais, com a casa, a família, e com o plantio de dia até a noite, sem distinção de hora, é um gerador de problemas emocionais e psicológicos.

Figura 10 - Horas de trabalho semanal



Fonte: Trabalho de Campo, 2016.

Durante as entrevistas muitas mulheres demonstraram um “sentimento” de angustia e tristeza por acreditar não ter sucesso nas vendas dos produtos, como relata uma entrevistada: “[...] muita gente aqui tem barraca, leva pra vender e não vende, chega lá tem meio mundo de gente que vende a mesma coisa ai ela perde”. Isso demonstra que existem muitos produtores ou pouca demanda para os produtos que são produzidos por estas mulheres, esse fato pode ser algo que desenvolva nestas mulheres a falta de motivação, podendo, inclusive, potencializar os sintomas.

Os dados coletados nas entrevistas relatam algumas condições essenciais para o conhecimento das condições de vida dessas mulheres trabalhadoras rurais, revelados na figura 12. Em campo foram realizadas perguntas sobre fatores que poderiam influenciar na melhoria da qualidade de vida das mulheres.

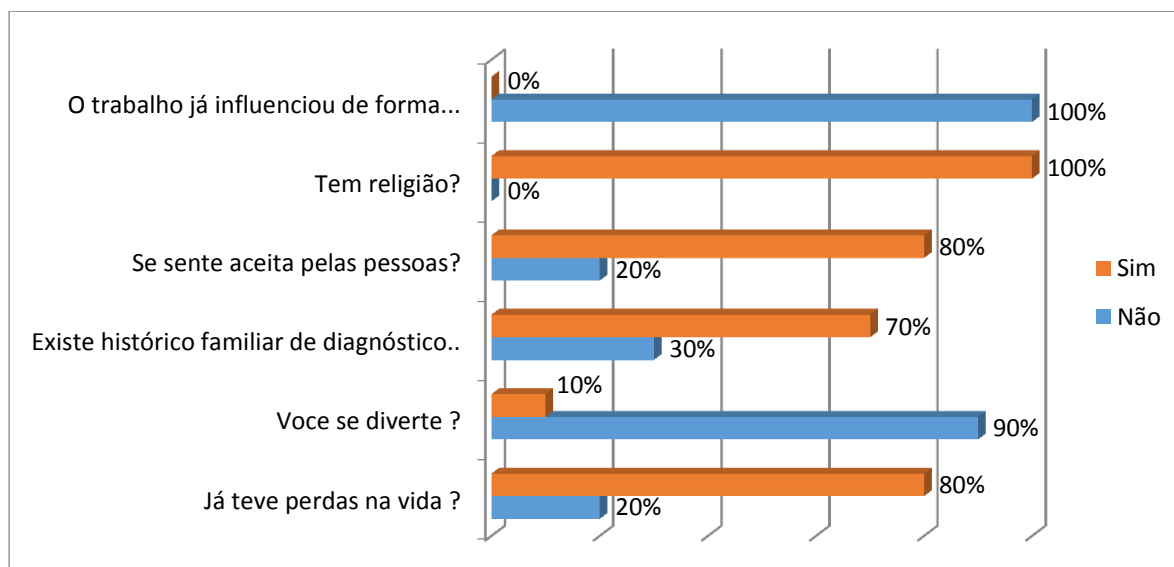
Neste contexto, foram questionados aspectos relacionados ao trabalho na roça, onde se registrou que 100% delas estão satisfeitas. A sensação de ser aceita pelas pessoas, também teve um percentual elevado com 80% das respostas e as entrevistadas revelam se sentir acolhidas pela comunidade. O fator religião também foi apontado pelas mulheres como aspecto positivo em suas vidas, pois, 100% delas relataram ter religião, onde 80% são católicas e 20% evangélicas. Percebeu-se a predominância religiosa, fato este, que pode influenciar nas atitudes das mesmas, sobre vários aspectos.

A religião conforme Henning e Moré (2009) é constituída por mitos, rituais e comportamento moral que interpretam o processo cultural, definindo significados de

comunidade e influenciando sobre que pode e não pode ser feito, ou seja, o certo e o errado. Segundo os autores:

É incorporada nos sistemas de valores culturais e passa a influenciar decididamente as ideias e comportamentos daqueles que a praticam. Portanto a pratica religiosa pode influenciar nas decisões do sujeito de forma negativa ou positiva (HENNING; MORÉ, 2009, p.86).

Figura 11 – Perguntas diversas



Fonte: Trabalho de Campo, 2016.

Os dados de campo destacaram ainda que 90% dessas mulheres não vivenciam situações de diversão, e relatam que só vão à igreja, descrições como estas se repetem em outras entrevistas, como relata uma delas: “[...] não me divirto, só vou pra igreja”. É sabida a importância de atividades de lazer para o bem estar das pessoas, pois o lazer traz benefícios para a qualidade de vida, como destacam Carneiro e Kollett “[...] o lazer estar ligado a um universo de variações que proporcione bem estar, afastando de si o sentimento de incapacidade, tristeza e abandono que muitas vezes podem levar ao surgimento de processos patológico” (2012, p.09).

Corroborando com os autores, a vivência com atividades de lazer se torna indispensável no processo de melhoria nas questões psicológicas e emocionais, vivenciar experiências que tragam emoções, pensamentos que tragam prazer tendem a estimular o desenvolvimento de novas formas de pensar e sentir proporcionando bem estar, daí sua importância na vida das pessoas.

Um dos aspectos marcantes está nos resultados da pesquisa referentes à existência de histórico familiar de pessoas com transtornos mentais. Pois das 80% responderam que existem familiares com transtornos mentais. Esses dados revelam a possibilidade da interferência de fatores biológicos no desenvolvimento dos transtornos mentais na população estudada. A depressão pode ser desenvolvida por diversos fatores, como perdas, ideias negativas sobre si mesmo, frustrações, entre outros, entretanto para Horta (2012) a conjunção de fatores genéticos e bioquímicos são responsáveis por desenvolver transtornos mentais, a autora traz como exemplo, o caso de gêmeos, e, ressalta que, se um gêmeo tiver depressão, seu irmão terá 46% de chances de desenvolver também.

A influência da convivência com pessoas que vivem com transtornos mentais, o fator interacional, representa outro aspecto importante, e, ainda pouco pesquisado, ou seja, o convívio com pessoas que possuem os sintomas pode estimular o outro e desenvolver os mesmos problemas. Neste caso, a família é considerada o grupo mais próximo e íntimo do doente mental e por isto membros da família estão mais vulneráveis emocionalmente, por serem os responsáveis pelos cuidados, de acordo com os autores Almeida, Felipes e Pozzo (2011).

Assim, familiares que têm dificuldades no entender sobre a doença mental, e seu tratamento, bem como, instabilidade afetiva, por não saber lidar com as mudanças comportamentais e emocionais da doença mental, e, a sobrecarga pode vir a afetar as condições físicas e emocionais destes. Portanto conviver com um familiar que tenha transtorno mental pode ocasionar o desenvolvimento de problemas emocionais e psicológicos. Neste sentido, o desenvolvimento de transtornos mentais pode ser influenciado por aspectos biológicos, psicológicos e interacionais. Daí a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas que garantam possibilidades para minimizar os transtornos, não apenas aos doentes, assim como, aos seus cuidadores, quase sempre, um familiar.

Como destacado na Introdução, o presente estudo buscou compreender quais os possíveis fatores que podem ter contribuído no desenvolvimento dos transtornos mentais da população pesquisada. Para tanto, foi utilizado como instrumentos de coleta de dados secundário, a pesquisa documental através dos dados registrados nos prontuários, associada à pesquisa de campo via questionário

SRQ-20 com o objetivo de validar o diagnóstico, já estabelecido nos prontuários, e, somada a uma entrevista semiestruturada. Os resultados revelaram, como visto que 50% dessas mulheres desenvolveram o transtorno mental decorrente, sobretudo, por conflitos conjugais, 20% deles atribuídos aos problemas no trabalho, porém, não no trabalho desenvolvido na lavoura, pois, como observado, este traz satisfação às mulheres. Os transtornos foram ainda relacionados às perdas com 10% dos registros, como, a morte de familiares, 10% dos casos estavam vinculados aos problemas familiares, e, 10% não souberam identificar.

Os dados da pesquisa de campo revelaram também que a população estudada se sente aceita e cuidada pela família e pela comunidade, de modo geral. O fator financeiro, também não foi apontado como influência negativa direta para o desenvolvimento do transtorno. As entrevistadas declararam gostar de morar no Povoado do Angico, e, neste caso, foram destacados os laços sociais e de pertencimento.

As mulheres relataram ainda que não vivem apenas da lavoura, pois, atuam em outras especialidades, principalmente como donas de casa, contudo, deixaram claro que sua profissão é trabalhadora rural, e, apesar de passarem mais tempo em outros afazeres, como as responsabilidades com a família e por muitas vezes não ter ajuda nos afazeres do lar, declararam ter muito prazer em trabalhar com a terra, mas, contudo como se dedicam também às atividades de casa, o tempo é curto para dedicar-se ao plantio.

Ficou explícito também que do lucro da venda dos produtos 100% é destinado para despesas de casa, revelando que apenas 30% dos maridos são os provedores do lar, e 70% é responsabilidade familiar e da própria entrevistada. Foi destacado ainda que 80% destas mulheres recebem auxílio do governo, o Benéfico de Prestação Continuada e a Bolsa Família, percebe-se então que a maioria dessas mulheres sustentam suas casas também com o recurso do governo, portanto, estes têm um peso considerável para elas.

Foi possível observar que os fatores biológicos se tornam pertinentes, já que mesmo com os resultados que apontaram os conflitos conjugais como responsáveis pelos transtornos de 80% apontaram ter histórico familiar com problemas mentais, fato que pode revelar possivelmente predisposição genética para desenvolvimento

do transtorno. Além disso, a experiência interacional pode ser responsável pelo desenvolvimento de problemas mentais na população estudada.

O que ficou latente foi à satisfação dessas mulheres em trabalhar na roça, plantando para o sustento da casa. Muitas deixaram claro sua alegria em plantar na terra e retirar dela o sustento direto ou através da venda dos seus produtos. Relataram ainda com alegria e satisfação o desenvolvimento de suas funções no campo. É como se essa atividade tivesse uma função terapêutica, porque mesmo com todas as dificuldades enfrentadas como, os sintomas, a falta de recursos financeiros e climáticos, por conta da seca e a falta de água, demonstraram desejo em continuar a plantar. Por outro lado, ficou visível a falta de conhecimento dos seus direitos e como obter acesso o seu desenvolvimento em função da sua contribuição na agricultura familiar.

Outro fator relevante na investigação é a unanimidade delas em declararem que não participam de nenhuma atividade desenvolvida no CAPS, tais como, as oficinas de jardinagem, musicoterapia, cinema e a oficina pedagógica, atividades que poderiam ser importantes no tratamento. No entanto, todas realizam os mesmos procedimentos e serviços oferecidos pelo equipamento (CAPS), ou seja, ir ao médico psiquiatra apenas a cada três meses, se necessário, e, ir a cada 30 dias para pegar a medicação a pouco atendimento com o psicólogo. Percebe-se que o acompanhamento não é contínuo, sua função terapeuta é insatisfatória e ineficiente.

Em relação à religiosidade, os resultados apontaram que a crença é fortemente marcada na vida dessas mulheres, a fé em Deus, traz paz e tranquilidade ajudando assim nos sintomas decorrente dos transtornos, que ocasionam sentimentos de tristeza e pensamentos negativos e insônia.

Todas relatam suas diferenças na vida antes do desenvolvimento dos transtornos, em todos os aspectos descrevem uma vida melhor e que atualmente aprenderam a lidar com a doença, e se encontram estabilizadas em função da medicação.

O estudo revelou também problemas de gestão da instituição, apontando que o CAPS possui déficit e ineficiência no preenchimento dos prontuários e no acompanhamento através do profissional de Serviço Social, e, como consequência

este fato pode ser um dos responsáveis pela evasão das mulheres da pesquisa nas atividades e oficinas terapêuticas realizadas pelo setor. Estes fatores, apontam para a necessidade de realização de intervenções para melhor atender as usuárias que proporcione às mesmas melhores condições de vida, em função de um atendimento mais humanizado, comprometido mais e eficiente.

A pesquisa apontou ainda que, mesmo com as dificuldades dos sintomas, demonstram se sentir felizes. E, essas mulheres com multifunções na zona rural compreendem que sua atribuição não somente se baseia em ser dona do lar, mas se estende da casa para a lavoura.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou apontar os aspectos que influenciam no surgimento de transtornos mentais nas mulheres rurais e possibilitar a indicação da construção de melhores condições para as mesmas através de políticas públicas mais eficientes, com novas estratégias de intervenção.

Compreende-se que os prejuízos decorrentes dos transtornos mentais, são disseminados em vários ângulos da vida do indivíduo: sofrimento psíquico e somático, discriminação, isolamento social, interrupções nas atividades acadêmicas e laborais, abuso de álcool e drogas, suicídios, homicídios, auto e heteroagressões, baixo rendimento ocupacional e acadêmico e aumento de mortalidade, são alguns dos exemplos. Neste sentido há necessidade de políticas públicas mais eficientes, que venha atender a estas demandas, ou até mesmo impedir que venham acontecer com maiores prejuízos para o paciente.

Autores têm apresentado que o problema relacionado à saúde mental ainda enfrenta diversos gargalos em seu atendimento, sobretudo, na área rural, mesmo após a reforma psiquiátrica com a formação dos CAPS. Esta pesquisa não visou identificar aspectos sobre a dinamicidade do setor do CAPS, contudo, decorrente da avaliação dos dados dos prontuários e das entrevistas em campo foi possível identificar problemas nas atribuições dos profissionais e na ineficiência da gestão. Portanto, compreende-se a necessidade urgente de buscar estratégias com novas medidas internas vinculadas ao atendimento e a resolutividades dos problemas de transtornos mentais aos pacientes, visando novas ações de políticas públicas.

Com os resultados da pesquisa, detectou-se ainda a ineficiência nos registros descritos nos prontuários. Uma das propostas de intervenção como produto deste estudo, foi desenvolver um modelo de triagem elaborada pela pesquisadora, no intuito de poder auxiliar a equipe do CAPS reconhecer as demandas, assim como, possibilitar traçar o perfil do usuário. Este produto tem como objetivo suprir todos os itens necessários aos cuidados dos usuários acompanhados pelo setor, especificamente para profissional do Serviço Social.

A proposta é inserir obrigatoriamente um modelo de triagem para o profissional do Serviço Social. A formulação deste produto surgiu decorrente dos

resultados da pesquisa documental, especificadamente os prontuários das mulheres investigadas, que através da avaliação, revelou que não há registros descritos de atendimento do Assistente Social nos prontuários.

Assim, por entender a importância da atuação deste profissional intervindo nas mais diversas expressões da questão social foi criado pela pesquisadora uma proposta de modelo de triagem para o Serviço Social (APÊNDICE C), afim através conhecer e elaborar melhores parecer social dos usuários do setor, podendo assim assistir o mesmo de forma integral, realizado se necessário, encaminhamentos através do documento de referência e contra referência para outros intersetores.

Cabe destacar também a necessidade de um modelo de intervenção com atenção especial aos familiares, visto que a pesquisa apontou grande influência do fator interação no desenvolvimento do transtorno mental, onde a maioria das investigadas reside com familiares que possuem algum tipo de transtorno mental.

Outra intervenção necessária é traçar atividades/ação motivacionais para que os usuários do setor participem das atividades desenvolvidas, sendo estes importantes para melhores resultados no tratamento, conforme apontado pelo CAPS, como por exemplo, realizar um levantamento para identificar quais tipos de oficinas às mulheres gostariam de participar, já que as oficinas oferecidas no CAPS local não favorecem sua participação, pois, elas demonstraram falta de interesses, portanto, não se sentem motivadas.

Por outro lado, muitas das mulheres relataram a dificuldade de locomoção já que moram distantes do CAPS, e esse problema demonstra ineficiência da atenção desta política pública de modo geral, por entender que a maioria dos usuários tem sua moradia distante e não proporcionam condições de mobilidade. A partir desta situação pode-se pensar em fazer um convênio com outros setores públicos ou particulares para facilitar a mobilidades dos usuários ao setor.

Os resultados encontrados na pesquisa apontam lacuna nos serviços do CAPS, referente à gestão e as atribuições do técnico profissional do Serviço Social, contudo, nos discursos das investigadas não existem relatos de insatisfação com os serviços do setor. No que se refere às condições de vida das trabalhadoras rurais demonstraram estarem satisfeitas com a profissão de lavradora, apesar deste

trabalho não ser fonte de renda, também se dizem realizadas com seus relacionamentos familiares e com a comunidade. Um dos aspectos marcantes foram situações de conflitos conjugais.

Os resultados desta investigação proporcionaram não somente a intervenção no contexto da mulher rural, mas, possibilitou o conhecimento de outros aspectos que direta e indiretamente se relacionam com o desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres rurais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**. v. 5, n. 3, 2005, pp. 337-348.

BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Leite. **Patriarcalismo e o feminismo: Uma retrospectiva histórica**. Paraíba: Revista Ártemis, v. 1, dez. 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde; SAÚDE. DAPE, Secretaria de Atenção À; MENTAL, Coordenação Geral de Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Editora Ms, 2004.

CONTAG. **Combate à violência contra as mulheres trabalhadoras rurais**. Brasília: CNMTR, 2008.

COSTA, A. G. da; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005 .

CARNEIRO, J.M.; TEIXEIRA, L.V. Mulher Rural nos Discursos dos Mediadores. **Reunião Anual – SBPC**, São Luiz, MA, 1995

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

CARNEIRO, Maria, José. TEIXEIRA, Vanessa, Lopes. Mulher rural nos discursos dos mediadores. Estudos **Sociedade e Agricultura**, 5, novembro 1995, p 45-57

CARNEIRO, Maria José. Mulheres no campo: notas sobre sua participação política e a condição social do gênero. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, n., p.11-22, 2 jun. 1994.

CARVALHO, Marília Pinto de. **O conceito de gênero: uma leitura com base nos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPED (1999-2009)**. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Educ., 2011. (16). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000100006>. Acesso em: 14 nov. 2016.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. **integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional**. Anna Nery Revista Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 13, p. 154-160, mar.2009.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da. **Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na região do mato grande potiguar**. 169f, Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2014.

COSTA, Albanita Gomes da; LUDERMIR, Ana Bernarda. **Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.73-70, jan. 2005.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; **prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadoras rurais assentadas**. In Seminário Internacional Fazendo Gênero, ano, 2013. Florianópolis.

COSTA, Renata Gomes da; SILVERA, Clara Maria Holanda; MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. **Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para desconstrução da subordinação feminina**. Ano, 2010.

CRUZ, Teresa Almeida. **A caminhada de organização do movimento de mulheres camponesas do Brasil na luta em defesa da vida**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ECCARELLI, Paulo Roberto (Comp.) psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. Ano, 2011.

FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2000, pp. 115 – 128.

FERREIRA, Paulo Rogers da Silva. Entre elas: afetividade versus complementaridade. In: **Margarida Alves: coletânea sobre estudos rurais e gênero**. WOORTMANN, Ellen F; HEREDIA, Beatriz; MENASHE, Renata. Brasília: NEAD, 2006.

FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta. A situação legal e real da mulher trabalhadora no campo. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 5, n. -, p.97-114, 1982. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1803>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

FLEXOR, Georges; LEITE, Sergio Pereira. **Análise de políticas públicas** :Breves Considerações Teórico Metodológicas, 2006.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 2000.

HEREDIA, B. M. A.; CITRÃO, R. P. **Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro**. In: Unifem. O progresso das mulheres no Brasil, 2006, pp. 186 – 230.

HECK, Camila Wisnieski . **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais dsm-5.5**. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.948

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, classe e etnia: trajetórias de vida de mulheres migrantes**. Florianópolis: Argos, 2003.

LASCOUMES, Pierre; GALÈS,Patrick Le . **a ação pública abordada pelos seus instrumentos**. V.9, n.18, jul/dez. 2012.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.583-594, dez.2012.

MATEUS, Mário Dinis (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, Do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 402 f

MELO, Lígia, Albuquerque de. **Injustiças de Gênero: o trabalho da mulher na agricultura familiar**. In Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais.2002.Ouro Preto.

MESQUITA, Gabriella Riad Iskandar. **Aspectos de gênero no meio rural** . Revisão da literatura. 29 f. Universidades federal de Goiás. Goiânia.2012.

MINELLA, Luzinete Simões. **Papéis sexuais e hierarquias de gênero na História Social sobre infância no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332006000100013&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2016.

OLIVEIRA, C, V.VIDA de. **Mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência**. Brasília: Universidade de Brasília. 2007.

OLIVEIRA, Verusca Couto. **VIDA DE MULHER: GÊNERO, POBREZA, SAÚDE MENTAL E RESILIÊNCIA. 284f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia Clínica e Cultura) Universidade de Brasília. Brasília. 2007**

OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo em 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Brasília: Gráfica Brasil, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Caderno de Saúde Pública. **Paism: Um Marco Na Abordagem da Saúde Reprodutiva No Brasil**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 14, p.25-32, 1998.

PACHO, Clésia Oliveira (Org.). **DIREITOS SOCIAIS: O Artigo 6º da Constituição Federal e sua efetividade.** Campina Grande: Eduepb, 2015. 274 p. Disponível em: <[file:///C:/Users/Acer/Downloads/Direitos Sociais - O artigo 6º da Constituição Federal e sua efetividade.pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/Direitos%20Sociais%20-%20O%20artigo%206%20da%20Constitui%27o%20Federal%20e%20sua%20efetividade.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PINSKY, Carla Bassanezi. **Estudos de Gênero e História Social. Estudos Feministas, Florianópolis.** V.17, n.1, p, 159-189, abr.2009.

PIRES. Vilara Maria Mesquita Mendes; JESUS, Luanna Rodrigues de. **Integridade do cuidado em saúde: um olhar para a trabalhadora do campo.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES. Niterói. 2012.

PORTO, Alberto Del. **Conceito e diagnóstico.** São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n, maio 1999.

QUINTELLA, Rogerio Robbe. **Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico.** Psicol. Argum. Curitiba, v. 28, n. 60, p. 83-95, jan./mar. 2010.

SABBATO, Albert di El al. **Estatísticas Rurais e a Economia Feminista: um olhar sobre o trabalho das mulheres.** Brasília: Mda, 2009.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental.** 2011.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** 1989. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/Gênero-Joan Scott.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%eanc3%e9nero-Joan%20Scott.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

SECCHI, Leonardo. Ciclo de Políticas Públicas. In: SECCHI, Leonardo. **POLÍTICAS PÚBLICAS – Conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2. ed. Brasil: Cengage Learning, 2013. Cap. 1. p. 1-16.

SCOTT, R. P.; CORDEIRO, R. **In Agricultura familiar e gênero: práticas, movimentos e políticas públicas.** Recife: UFPE, 2010, pp. 17 – 27.

SILVA, C. Pensar o futuro, bem viver o presente. In: ANDRADE, P. & SILVA, C. (Orgs.) **Cadernos de crítica feminista**. Ano v, n. 4. Recife: SOS Corpo, 2011, pp. 100 – 111.

SILVA, F,H,V.;DIMENSTEIN,M.;LEITE,F,J.O **cuidado em saúde mental em zonas rurais**.São Paulo,1013,pp.267 – 285.

SILVA, Janaína Lima Penalva da: **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental**: uma análise da Lei no 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito.152f.Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição). Universidade de Brasília, Brasília,2007.

SILVA, Jackeline Araújo et al. O trabalho do assistente social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS Públicas, 7. 2015, São Luís. **Jornada**. São Luís: Ufma, 2015. p. 1 - 10.

SILVA, Victor Hugo Farias da. DIMENSTEIN, Magda, LEITE, Jáder Ferreira. **O cuidado em saúde mental em zonas rurais**. Mental - ano X – n. 19. Barbacena. .jul./dez. 2013.p. 267-285.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SOUZA, Daniele Shorne de. **A cidade das damas e seu tesouro: o ideal de feminilidade para Cristina de Pizán na França do início do século xv**.142 f. Tese (bacharel em historia) Universidade Federal de Curitiba. Curitiba, 2013.

SPINK, Mary Jane P. **O conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**. Cad.Saúde Públ.Rio de Janeiro.Vol 9 (3). p 300-308.jul/set.1993.

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; SILVA3, Jorge Luiz Lima da. do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Sao Paulo, v. 2, n. 5, p.30-32, maio 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf>>. Acesso em: 28 Out. 2016.

VASQUEZ, Gislayne Cristina Figueiredo. A Psicologia na área rural: os assentamentos da reforma agrária e as mulheres assentadas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, p.1-1 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400015>. Acesso em: 05 nov. 2016.

WHO. **Livro de recursos da oms sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Genebra: Who, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

ANEXO A – PRONTUÁRIO DO CAPS RENASCER I – MAIRI - BA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RENASCER
Rua Dr. Luiz Rogério de Souza, nº 11, Centro - Mairi - Ba.



FICHA DE 1º ATENDIMENTO

Data do Cadastro: ____/____/200__

Nº de Matrícula: _____

SUS: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME _____

IDADE _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ SEXO _____

RG: _____ CPF: _____

NATURALIDADE _____ COR _____

ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDADE _____

PROFISSÃO _____ RELIGIÃO _____

ENDEREÇO _____

REFERÊNCIA: _____ TEL: _____

AGENTE DE SAÚDE: _____

NOME DO PAI _____ IDADE _____

PROFISSÃO _____ NATURALIDADE _____

NOME DA MÃE _____ IDADE _____

PROFISSÃO _____ NATURALIDADE _____

CONJUGUE / COMPANHEIRO(A) _____

APELIDO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

PROFISSÃO _____

TEM FILHOS? _____ QUANTOS? _____

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

FEZ ATENDIMENTO RECENTEMENTE? _____

LOCAL? _____ QUAL MÉDICO? _____

TEM ALGUÉM EM CASA QUE FEZ USO CONTÍNUO DE REMÉDIOS? () SIM () NÃO

QUAL? _____

JÁ FEZ CONSULTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO

JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO? () SIM () NÃO - QUANDO FOI A

ÚLTIMA VEZ? _____

ENCAMINHADO POR: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

FAZ USO DE ALGUM TIPO DE DROGAS? () SIM () NÃO - QUAL? _____

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

COM QUANTAS PESSOAS RESIDE? _____

GRAU DE PARENTESCO? _____

TEM ALGUM SEGURADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NA CASA? () SIM () NÃO

() APOSENTADORIA () BPC - NOME: _____

POSSUI BOLSA FAMÍLIA? () SIM () NÃO - VALOR? _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RENASCER
 Rua Dr. Luiz Rogério de Souza, nº 11, Centro - Mairi - Ba.



TEM ALGUM DEFICIENTE EM CASA? () SIM () NÃO - NOME: _____
 TIPO () CEGUEIRA () SURDEZ () FÍSICA () MUDEZ () MENTAL
 () OUTRA: _____

CONDIÇÕES DE RENDA FAMILIAR:

QUEM TRABALHA? () ESPOSA () FILHOS () PAIS
 OUTROS () _____
 OBS.: _____
 QUAL A RENDA FAMILIAR MENSAL? _____
 O QUE SABE FAZER? _____
 EM QUE GOSTARIA DE TRABALHAR? _____

ANAMNESE:

ASSINATURA DO USUÁRIO _____
 PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SRQ 20 – REPORT QUESTIONNAIRE

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

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

Instruções

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

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
MESTRADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante

Sou estudante do curso de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Estou realizando uma pesquisa, sob a supervisão da professora Dr^a Maria Lúcia da Silva Sodré, cujo objetivo é de identificar e analisar os fatores que podem levar as mulheres trabalhadoras rurais do Município de Mairi- BA a desenvolverem um quadro de transtorno mental. Você está sendo convidada a participar desta pesquisa e sua participação envolve responder a um questionário e uma entrevista.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação que permita identificá-lo (a), será divulgada. Os riscos previstos na participação nesta pesquisa dizem respeito ao desconforto (acredito que o comitê vai solicitar que sejam apontados objetivamente estes riscos) que pode ser causado em responder questões que envolvam essa temática, bem como ao fato de ser necessário designar seu tempo para participação na mesma. Como forma de minimizar tais riscos, está previsto que a entrevista acontecerá em local, data e horário condizentes com sua disponibilidade, bem como ao respeito caso queira abster-se de responder a alguma questão.

Ainda que não tenha benefícios diretos em participar dessa entrevista, você, indiretamente, estará contribuindo para a compreensão do fenômeno acima mencionado, para a produção de conhecimento científico e, possivelmente, para a

elaboração de estratégias para minimização desse problema.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum custo nem qualquer vantagem financeira e em qualquer tempo seu consentimento na participação da mesma pode ser retirado. A sua participação é, portanto, voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Os dados e instrumento utilizados nessa pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável, em um período de cinco anos e, após, serão eliminados. Este termo de consentimento encontra-se em duas vias impressas; uma cópia ficará com a pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora Alexandra de Souza Fernandes (cel. (74) 990014258), pela instituição responsável (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Coordenação do MESTRADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL (75) 3621-6366 / 3621-3120) e pelo CEP – Comitê de Ética e pesquisa (75) 3621-6850.

Atenciosamente,

Maria Lúcia da Silva Sodré
Professora responsável

Alexsandra de Souza Fernandes

Termo pós-consentimento

Eu.....concordo com a participação e confirmo que fui esclarecida dos seus objetivos, conforme termo acima.

.....,/...../.....

.....

Respondente

APÊNDICE B – ENTREVISTA APLICADA EM CAMPO**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia****Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas****Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança
Social Mestrado Profissional**

O objetivo desta entrevista é identificar, e, posteriormente analisar fatores que possam levar as mulheres trabalhadoras rurais do Município de Mairi- BA a desenvolverem um quadro de transtorno mental.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**USUÁRIO DO SUS DE MAIRI – BA**

Data do Cadastro: ____/____/____

Nº do Prontuário: _____

Numero do CNS: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Naturalidade: _____ Idade _____

Nome do responsável _____

1. Orientação sexual: () heterossexual () homossexual () bissexual. Sua opção sexual interfere de alguma forma, em sua vida? () sim () não Justifique.

2. Estado Civil: () casada () solteira () viúva () separada () união estável
3. Como você se sente em relação ao seu estado civil? () ótimo () bom () ruim. Por quê?
4. Como sempre foi a relação com seu parceiro? () ótimo () bom () ruim . Por quê?
5. Tem filhos? () não () sim. Quantos?_____Quantos moram com você? Como sempre foi seu relacionamento com eles? () ótimo () bom () ruim. Por quê?
6. Qual a sua fonte de renda: () autônoma () benefício governamental () atividade no campo () aposentadoria () empregada () desempregada () outros . Como se sempre se sentiu em relação a isso? Por quê?
7. Qual a renda mensal:
8. Quem é o provedor da casa: () você mesma () familiares () filhos () outros. Por quê?
9. Qual o seu grau de instrução: () analfabeta () 1º grau completo () 1º grau incompleto () 2º grau completo () 2º grau incompleto () graduada. Está satisfeita? () sim () não. Por quê?
- 10.A sua residência é: () própria () alugada () casa de alvenaria () barraco () quarto () outros
- 11.O tipo de sua residência interfere na sua vida? De que forma?
- 12.Há quanto tempo você vive nesta área rural? Por quê?
- 13.O trabalho já influenciou de forma negativa na sua vida? () sim () não. Como foi?
- 14.Você tem religião? () não () sim Qual ? _____ Qual a influência da mesma na sua vida?

15. Como é seu relacionamento família desde sua infância até os dias atuais? ()
ótimo () bom () ruim . Por quê?
16. Você tem amigos neste povoado? Como é seu relacionamento com eles?()
ótimo () bom () ruim .Por quê?
17. Como as pessoas lhe trataram? Poderia ser diferente? Como?
18. Você acredita que sempre se sentiu aceita pelas pessoas, e qual as influências
este fato tem na sua vida?
19. Existe histórico familiar de diagnóstico em transtorno mental? () sim () não .
Qual? A que você atribui?
20. Em qual momento você identificou sintomas iniciais do seu diagnóstico e quais
os fatores que te levou a constatar isso?
21. Como era sua vida antes de ter adquirido o transtorno? () ótima () boa ()
)ruim. Por quê?
22. Como era sua vida financeira anterior ao diagnóstico? () ótima () boa () ruim
Você acredita que isso pode ter influenciado, Por quê?
23. Antes do transtorno como era seu relacionamento conjugal? () ótimo () bom ()
) ruim. Por quê?
24. Como eram seus relacionamentos interpessoais antes do diagnóstico? () ótimo
() bom () ruim. Por quê?
25. Como você se diverte?
26. Como você percebe os comportamentos das pessoas deste povoado em relação
a você a partir do seu diagnóstico () ótimo () bom () ruim . Por quê?
27. Quando te pergunta qual a sua profissão, o que responde?
28. Como você considera sua profissão? () ótima () bom () ruim . Por quê? O que
você mudaria se fosse possível?
29. Quais principais atividades você desenvolve?

30. Quantas horas de trabalho você se dedica aos trabalhos em casa?
31. Quantas horas você se dedica aos trabalhos na roça?
32. O que você planta? Onde você vende seus produtos?
33. O que você faz com o que ganha da venda de seus produtos?
34. Você já teve perdas na vida (pessoas, bens materiais, emprego...), o que? E como se sentiu?
35. Como você se vê? Uma pessoa: () ótima () boa () ruim . Por quê?
36. Você sempre teve acessibilidade a informações sobre seus direitos como trabalhadora do campo e procura adquiri-lo? () sim () não. O quê?
37. Como é sua acessibilidade aos serviços públicos? () ótimo () bom () ruim . O que acha dos serviços prestados? Algo poderia ser mudado? O quê?
38. Como era antes do diagnóstico seu tempo para a realização de suas atividades de rotina? () ótimo () bom () ruim. Por quê?
39. Há quanto tempo você tem os sintomas do transtorno?
40. Tem alguma dificuldade para conseguir exercer suas funções? Quais? Você tem ajuda de alguém? De quem?
41. Quais fatores você acredita que podem ter contribuído para o surgimento do transtorno?
42. Você frequenta o CAPS quantas vezes por semana, o que você faz normalmente lá e do que mais gosta de fazer quando está no CAPS? Por quê?

APÊNDICE C – MODELO DE TRIAGEM PARA O SERVIÇO SOCIAL**TRIAGEM DO SERVIÇO SOCIAL**

Data: ____/____/____

Nome: _____

Nome do responsável _____

TRABALHO E RENDA**1. Qual a sua fonte de renda:**

() autônoma () benefício governamental () atividade no campo ()
aposentadoria () empregada () desempregada () outros

2. Você possui algum benefício do governo? Qual e o valor?**3. Qual é a sua renda total mensal (aproximada)?**

4. Você ajuda mensalmente no sustento de algum parente ou agregado? () Sim
() Não. Quem e por quê?

5. Das pessoas que moram com você, quantas contribuem nas despesas mensais?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8

6. Qual é a renda total, mensal (aproximada) de sua família?

() menos que um salário mínimo () 1 salário mínimo () entre 1 e 2 salários mínimos
() entre 2 e 3 salários mínimos () entre 3 e 4 salários mínimos () acima desse
salários mínimos

7. Quem é o provedor da casa:

() você mesma () familiares () filhos () outros. Por quê?

8. Está satisfeito com seu trabalho? () sim () não

9. Gostaria de trabalhar com outra coisa? () sim () não .O que?

10. Quais principais atividades você desenvolve?

11. O tipo de sua residência interfere na sua vida? De que forma?

12. Quantas pessoas moram no seu domicílio?

13. Você mora:

() Sozinho () Com a sua família () Com seus parentes

EDUCAÇÃO

1. Qual é a sua escolaridade?

() Não frequentei a escola () Primeiro grau incompleto (até a 4^a série) () Primeiro grau completo (até a 8^a série) () Segundo grau incompleto () Segundo grau completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa () Especialização () Mestrado () Doutorado. Está satisfeita? () sim () não. Por quê?

MOBILIDADE

1. Tem dificuldade de realizar o tratamento e participar das atividades desenvolvidas pelo CAPS? () sim () não . Qual?

2. Qual é o meio de transporte que você utiliza para ir ao CAPS?

() Carro () ônibus () bicicleta () moto () carona () a pé

3. Existe dificuldade de locomoção? () sim () não . Por quê?

SAÚDE

1. Você tem boas condições de saúde? () Sim () Não. Por quê?

2. Na sua família tem:

()Alguém que bebe (alcoólatra) ()Alguém doente físico ()Alguém doente mental ()Alguém viciado em drogas ()Alguém portador de doença crônica

3. Sua família tem algum tipo de assistência médica particular? ()Sim ()Não

4. Você já sofreu algum acidente de trabalho? ()Sim () não Com afastamento? ()Sim ()Não

5. Próximo da sua residência existe algum hospital ou posto de saúde? ()Sim ()Não

6. Realiza exames de rotina como, exames de sangue? () sim () não .E os leva ao médico? () sim () não. Por quê?

7. Tem alguma doença que precisa de um acompanhamento constante? () sim () não . Qual?

LAZER/ATIVIDADES

1. Como você se diverte? () sim () não . Em que?

2. Qual é o seu esporte favorito?

() Academia ()Futebol ()Natação ()Caminhada () dança ()Outro:

3.Quando você está de folgando o que mais gosta de fazer? Marque com o nº 1 a sua principal preferência; com o nº 2 a segunda; e com o nº 3 a terceira preferência.

() Descansar () Ir ao cinema () Ler jornal () Ler livro () Ler revista () Jogar futebol () Jogar cartas () Ir à praia () Ir à igreja () Ir ao baile () Pescar/caçar ()Dançar () Assistir a programas de televisão () Fazer pequenos consertos em casa () Visitar amigos ou parentes () Fazer ginástica/caminhada () Trabalhos manuais (tricô/crochê) () Jogar cartas () Ouvir música () Jogos eletrônicos () Pintar quadros () Passear () Viajar

4. Você pratica ou participa do seu esporte? ()Sim ()Não . Qual?

5. Você participa de algum trabalho de grupo em sua comunidade?()Sim ()Não. Qual?

6. Gostaria de participar de que tipo de atividades?

QUESTÕES SUBJETIVAS

1. Há quanto tempo você tem os sintomas do transtorno?

2. Quais fatores você acredita que podem ter contribuído para o surgimento do transtorno?

3. Como você se vê? Uma pessoa: () ótima () boa () ruim . Por quê?

4. Tem alguma dificuldade para conseguir exercer suas funções? Quais? Você tem ajuda de alguém? De quem?

5. Como você percebe os comportamentos das pessoas deste povoado em relação a você a partir do seu diagnóstico () ótimo () bom () ruim . Por quê?

6. Em qual momento você identificou sintomas iniciais do seu diagnóstico e quais os fatores que te levou a constatar isso?

7. Como é seu relacionamento família desde sua infância até os dias atuais? () ótimo () bom () ruim . Por quê?

Assinatura do Usuário:_____

Assinatura do responsável:_____

Assinatura do Assistente Social:_____