



Ocorrência de transtornos mentais em mulheres agricultoras familiares e estratégias de cuidado ofertadas no município de Saudades – SC

Álvaro Cielo Mahl^{*a}; Jaíne Stein^a; Aline Bogoni Costa^a

^aCurso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Pinhalzinho, Santa Catarina, Brasil.

Histórico do Artigo

Recebido em:

28/06/2017

Aceito em: 12/11/2017

Palavras-chave:

Transtornos Mentais
Mulheres Agricultoras
Estratégias de Cuidado
Psicologia.

Keywords:

Common mental
disorders
Women farmer
Strategies of
confrontation

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que teve por objetivos investigar a ocorrência de transtornos mentais em mulheres agricultoras familiares do município de Saudades - SC e identificar as estratégias de cuidado ofertadas a essa população. O método adotado foi quanti-qualitativo, implementado em duas fases. Na primeira fase, quantitativa, foi aplicado o questionário *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), individualmente, por meio de visitas domiciliares a 362 mulheres agricultoras, com idades entre 21 e 59 anos, possibilitando o mapeamento da ocorrência de transtornos mentais junto às participantes. Na segunda fase, qualitativa, realizou-se entrevista em profundidade, junto a cinco mulheres com indicativo de TMC (SRQ-20 acima ou igual a 7), a fim de verificar as estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas a esta população. Verificou-se que 21,54% das mulheres responderam ao SRQ-20 com escores acima ou igual a 7, indicando a hipótese de TCM, o que apresenta ser um indicativo moderado, considerando outras pesquisas apresentadas. Os sintomas mais recorrentes identificados, nos casos que obtiveram escores ≥ 7 (21,54%), foram: 91,02% das respostas (sim) ocorreram para a questão da escala "Sente-se tenso, nervoso ou preocupado?", seguido da questão "Tem dificuldades de pensar com clareza?" e da questão "você se cansa com facilidade?", com a mesma frequência (74,64 %). A questão que apresentou menor frequência (16,6%) foi "Tem tido ideia de acabar com a própria vida?". Por meio desta pesquisa, compreendeu-se que há ocorrência moderada de TCM e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes são a religiosidade, seguida pela procura do médico e pelo uso de medicamentos.

Occurrence of mental disorders in family farmers women and care strategies offered in the town of Saudades - SC, Brasil

ABSTRACT

This paper presents the results of a research whose objective was to investigate the occurrence of mental disorders in family women farmers in the municipality of Saudades - SC and to identify the care strategies offered to this population. The method adopted was quanti-qualitative, implemented in two phases. In the first quantitative phase, the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) was applied individually, through home visits to 362 women farmers, aged between 21 and 59 years, allowing the mapping of the occurrence of mental disorders along with participants. In the second qualitative phase, an in-depth interview was conducted with five women with a CMR indicative (SRQ-20 above or equal to 7), in order to verify the mental health care strategies offered to this population. It was verified that 21.54% of the women answered the SRQ-20 with scores above or equal to 7, indicating the hypothesis of MCT, which presents a moderate indication considering other research presented. The most recurrent symptoms identified were: 91.02% of the responses (yes) occurred for the scale question "Do you feel tense, nervous or worried?", followed by a score of ≥ 7 (21.54%) of the question "Do you have difficulty thinking clearly?" and the question "do you get tired easily?", with the same frequency (74.64%). The question that presented the least frequency (16.6%) was "Have you had an idea of ending your life?". Through this research, it was understood that there is moderate occurrence of MCT and the main coping strategies used by the participants are religiosity, followed by the doctor's search and the use of medications.

* Autor correspondente: alvaro.mahl@unoesc.edu.br (A. C. Mahl)

1. Introdução

As transformações do trabalho na agricultura constroem-se intensas no contexto de avanços do modelo de produção e consumo capitalista. A modernização, apregoada pelo modelo industrial, orienta os modos de trabalho, que passou a guiar-se pela pluriatividade e pela tendência ao assalariamento, e, ao mesmo tempo, alterou os modos de vida dessas pessoas (1). Na contemporaneidade, o rural e o urbano não podem ser compreendidos com distanciamento e de forma segmentada, pois o urbano é facilmente encontrado no rural, por exemplo, por meio da rádio, da televisão, do sinal de operadoras de celular, da internet, etc. O rural percorre a busca pela modernização (2).

A agricultura familiar¹ é responsável por parte significativa da produção de alimentos, constituindo-se como a principal promotora de postos de trabalho no meio rural brasileiro. Cumpre uma importante função social e econômica, com o papel estratégico vinculado à segurança alimentar e ao desenvolvimento sustentável, se a produção estiver pautada em escolhas que potencializam a preservação da biodiversidade, por meio do manejo adequado dos recursos naturais. Historicamente, apresenta-se como um espaço social repleto de identidades, valores culturais, tradições e conhecimentos, que experimentam o desafio de serem transmitidos intergeracionalmente, ao mesmo tempo em que estão sendo modificados (4).

A região Sul do Brasil caracteriza-se com a presença mais significativa da agricultura familiar, representando 90,5% de todos os estabelecimentos da região, o que corresponde a 907.635 agricultores familiares, proprietários de 43,8% da área e produtores de 57,1% do valor bruto da produção regional (4). Em termos de fomento financeiro, à agricultura familiar da referida região são destinadas cerca de 43% das linhas de crédito das instituições financeiras (4), indicativo das potencialidades e importância desta atuação.

O contexto rural, embora “modernizado” e foco de investimentos, concentra relevante precariedade social, econômica, laboral e sanitária (5), bem como limitações de acesso à prevenção da saúde física e mental (6). Em decorrência, os adoecimentos desses trabalhadores são frequentes (5), porém catalogados de modo limitado, em virtude de limitações ainda presentes de acesso aos programas de saúde pública (12, 15). Estudos têm evidenciado que as populações rurais são mais suscetíveis ao uso abusivo de álcool e tabaco (7) e ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns -TMC (8, 9), expressão cunhada por Golberg e Huxley apud Costa, Dimenstein e Leite (2015) para caracterizar quadros sintomáticos não psicóticos e sem associação de patologia orgânica, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (5). Entretanto, embora caracterizados como quadros de adoecimentos menos severos, evidencia-se que a população com TMC tem, em média, duas vezes mais queixas referentes à saúde física do que a população geral e apresenta taxas de mortalidade elevadas (10).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera o trabalho na agricultura como uma das atividades com maior risco à saúde e segurança (11). Os riscos ocupacionais no meio rural sempre existiram, entretanto foram intensificados por meio da política de modernização da agricultura, desde a segunda metade do século passado. Deixaram estes riscos, no entanto, de ser explícitos, relacionados, em especial, aos

¹ No Brasil, a caracterização do(a) agricultor(a) familiar segue os requisitos de que este(a): não detenha, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família; utilize predominantemente mão de obra familiar nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento (3).

aspectos da penosidade do trabalho braçal; passaram a ser decorrentes da fragmentação e rotinização do trabalho, potenciais à precarização do trabalho, incorrendo em consequências de ordem psicológica e social (12, 11).

Nesse cenário, é importante contextualizar que, nas políticas públicas voltadas à saúde, há dificuldade de acesso aos serviços por parte da população rural e, ainda, de modo geral, não tem suas particularidades relevadas nos modelos de atenção à saúde que encontram (12), visto que no atendimento “não consideram as especificidades dos processos produtivos instalados no território para planejar as ações e pautam suas práticas em programas verticais do Ministério da Saúde” (3). Ainda há desconhecimento das características dos modos de trabalho e de vida rurais, bem como de questões culturais e subjetivas que definem os processos de saúde e adoecimento, o que prejudica o estabelecimento de políticas e programas de saúde para este grupo (13,14).

Em relação à saúde mental, não existem, em termos da política nacional atual, diretrizes constituídas quanto à atenção e ao cuidado específico para as populações do campo (5). “A carência de atenção em saúde mental dessas populações é ainda mais acentuada devido à dificuldade da articulação de ações de cuidado à saúde mental na atenção primária e à escassez de serviços especializados e leitos de saúde mental na rede de atenção psicossocial das áreas rurais” (3). No que tange ao público das mulheres trabalhadoras familiares, o risco de desenvolvimento de TCM é expressivamente maior do que os homens, todavia são escassas as ações preventivas e curativas (22, 23, 16).

Especificamente acerca da população mulheres rurais, estas têm importante papel na agricultura familiar, sendo responsáveis, em grande proporção, pela produção destinada ao autoconsumo familiar e pelas práticas agroecológicas e de reprodução de sementes crioulas, garantindo qualidade de vida na família e na sociedade e manejo ambiental adequado às unidades de produção familiares (17).

No Brasil, são mais de 14 milhões de mulheres no meio rural, representando 48% da população destas áreas. A desigualdade de gênero, entretanto, é expressiva, sendo que somente 30% dos títulos de terra estão registrados no nome das mulheres e elas acessam menos de 10% dos créditos produtivos disponíveis e apenas 5% da Assistência Técnica (17). Alarmantes, ainda, são os dados de violência contra a mulher rural (física, sexual e psicológica) que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é maior em populações rurais do que em populações urbanas. No Brasil, estima-se que 37% das mulheres rurais sofrem violência física ou sexual perpetradas pelos seus companheiros, contra 29% da zona urbana (18). Tais aspectos, conjuntamente, impactam a integridade e a saúde das mulheres rurais, carecendo de maior atenção da sociedade e de ações no sentido de transformar a realidade vigente.

Tendo em vista a problemática apresentada, neste artigo, apresenta-se uma pesquisa que percorreu os objetivos de investigar a ocorrência de transtornos mentais em mulheres agricultoras familiares do município de Saudades - SC e identificar as estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas a essa população. Entende-se imperativo compreender as demandas de saúde mental da população rural, para fundamentar a elaboração de programas e políticas públicas de saúde multidisciplinares, que sejam coerentes e efetivas às idiossincrasias desta população.

2. Método

O estudo desenvolvido adotou a abordagem metodológica quanti-qualitativa em duas fases. Na primeira fase da pesquisa, quantitativa, realizou-se a identificação da ocorrência de transtornos mentais, aplicando-se o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (19), o qual foi desenvolvido pela Organização Mundial de

Saúde (OMS) para identificar casos de suspeita de TMC. Trata-se de um instrumento de investigação de fácil administração e, embora não envolva detalhes diagnósticos, possibilita a mensuração de aspectos da saúde mental em grupos populacionais (1, 19). Está estruturado em 20 perguntas fechadas sobre o estado de saúde mental em que o sujeito se encontra nos últimos 30 dias. Cada item é pontuado de acordo com a presença ou não dos sintomas no último mês. As respostas afirmativas sinalizam a presença de sintomas e têm pontuação igual a 1, e as respostas negativas indicam ausência de sintomas e têm pontuação igual a 0. Em escores acima ou igual a 7 (sendo o escore máximo igual a 20), é levantada a hipótese de TMC, levando-se em consideração o critério empregado na maioria dos estudos nacionais que utilizaram esse instrumento (1,12, 19).

Como estratégia, para obter o maior número possível de participantes nesta pesquisa, contou-se com a colaboração da Secretária da Saúde do Município pesquisado, através dos agentes comunitários de saúde, que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF) e atendem às comunidades do meio rural, com acesso periódico às famílias das 25 comunidades do município de Saudades-SC. Os agentes comunitários foram treinados previamente pelo pesquisador para a aplicação do SRQ-20. Realizaram-se visitas domiciliares a 362 mulheres agricultoras familiares, possibilitando o mapeamento da ocorrência de transtornos mentais por meio do instrumento aplicado individualmente. A análise dos dados seguiu aos critérios do instrumento para verificação da ocorrência de TMC, conforme anteriormente detalhado.

Na segunda fase, qualitativa, realizou-se entrevista em profundidade, junto a cinco mulheres com indicativo de TMC (SRQ-20 acima ou igual a 7), a fim de verificar as estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas a esta população, tanto na rede de atenção primária, quanto a partir de dispositivos sociais e de apoio comunitário, como forma de lidar com as questões relativas ao sofrimento psíquico. As participantes desta etapa do estudo foram definidas pelo processo de amostragem por saturação teórica, em que “interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais depreendidos a partir do campo de observação” (20).

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pelos autores do estudo, com questões abertas, organizadas nos seguintes blocos temáticos: (a) acesso à rede de atenção à saúde; (b) rede de suporte psicossocial e comunitário; (c) estratégias de cuidado. O roteiro incluiu questões sobre o perfil sociodemográfico das entrevistadas, tais como idade, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar.

As entrevistas foram registradas em gravação de áudio e, posteriormente, transcritas. Realizou-se a análise de conteúdo das entrevistas em profundidade, conforme Bardin (1977) (21). A fim de manter o sigilo e os cuidados éticos na pesquisa, os participantes da fase qualitativa foram identificados como: E.1, E.2, E.3, E.4 e E.5.

No que concerne aos preceitos éticos da pesquisa, houve prévia submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), sendo aprovado mediante parecer nº 1.796.579, CAAE: 56803416.0.0000.5367, conforme os normativos do Conselho Nacional da Saúde - Ministério da Saúde (MS). Em cada uma das etapas da pesquisa, procedeu-se o esclarecimento e consentimento das participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Realizou-se devolutiva às participantes da fase quantitativa mediante a realização de palestras regionais e, individualmente, a cada uma das participantes da fase qualitativa.

3. Resultados e discussão

Caracterização sociodemográfica

Participaram do estudo 362 mulheres agricultoras familiares (N = 362), com idade entre 18 a 67 anos (M= 42,5), conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Faixa etária das mulheres agricultoras familiares pesquisadas.

Faixa de idade	Quantidade	%
18-29 anos	30	12%
30-39 anos	39	16%
40-49 anos	77	31%
50-59 anos	82	33%
60-67 anos	19	8%
Total respondentes	247	100%
Não responderam	115	32%
Total geral	362	100%

Acerca da faixa etária, é possível perceber duas tendências demográficas nacionais: a diminuição do número de filhos por família (17) e a saída dos jovens do meio rural nas últimas três décadas (12), o que caracterizou também a população pesquisada. Verificou-se, ainda, o percentual significativo de 32% de não respondentes, ao que se infere a ocorrência de alguma limitação no processo de solicitação da informação por parte dos agentes aplicadores (a expressão “faixa etária” pode ter sido utilizada e não compreendida pelas respondentes).

Em termos do estado civil, conforme a Tabela 2, a maioria das respondentes são casadas (93%), seguindo uma tendência regional de formalização das uniões e de patriarcado (12).

Tabela 2: Estado civil das mulheres agricultoras familiares pesquisadas

Estado civil	Quantidade	%
Casada	296	93%
Solteira	18	6%
Viúva	3	1%
Divorciada	1	0%
Total respondentes	318	100%
Não responderam	44	12%
Total geral	362	100%

Acerca da escolaridade, verificou-se (Tabela 3) que a maioria das pesquisadas possuem ensino fundamental incompleto (35%) e analfabetismo funcional (20%), ao que se verifica especialmente a dificuldade de acesso às políticas públicas educacionais e a necessidade de trabalhar desde a idade infantil (18), especialmente para as agricultoras na faixa etária acima de 40 anos (mais de 50%).

Tabela 3: Escolaridade das pesquisadas

Escolaridade	Quantidade	%
Fundamental Incompleto	127	35%
Sabem assinar seu nome (outros) / analfabetismo funcional	74	20%
Ensino médio Completo	70	19%
Fundamental completo	44	12%
Ensino médio incompleto	23	6%
Completo alfabetização de adultos	14	4%
Curso Superior Completo	10	3%
Total respondentes	362	100%

Verificou-se, ainda, que a maioria das mulheres, ao vivenciarem uma situação de mal-estar físico, procuram a Unidade Básica de Saúde do município, fazendo o uso do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é realizada, em especial de modo proativo, mediante as visitas dos agentes comunitários de saúde que levam informações as mesmas sobre disponibilidades de atendimentos em saúde, exames, dia “D” (uma data especial e muito esperada, para fazer vacinas, exames preventivos), palestras de prevenção, fazendo com que tenham um contato e um cuidado com a saúde e acesso à informação etc.

Ocorrência de transtornos mentais em mulheres agricultoras familiares

O indicativo de respostas para cada item do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), dentre o total de 362 mulheres investigadas, encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4: Resultados do SRQ -20

Questões SRQ - 20	SIM		NÃO	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Humor depressivo-ansioso				
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	71	19,62%	291	80,38%
Assusta-se com facilidade?	55	15,20%	307	84,80%
Sente-se triste ultimamente?	50	13,82%	312	86,18%
Você chora mais do que de costume?	21	5,81%	341	94,19%
Sintomas somáticos				
Tem dores de cabeça frequentemente?	37	10,23%	325	89,77%
Você dorme mal?	35	9,67%	327	90,33%
Você sente desconforto estomacal?	40	11,05%	322	88,95%
Você tem má digestão?	38	10,50%	324	89,50%
Você tem falta de apetite?	20	5,53%	342	94,47%
Tem tremores nas mãos?	34	9,40%	328	90,60%
Decréscimo da energia vital				
Você se cansa com facilidade?	59	6,30%	303	83,70%
Tem dificuldade em tomar decisão?	48	3,26%	314	86,74%
Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	41	1,33%	321	88,67%
O seu trabalho traz sofrimento?	42	1,61%	320	88,39%
Sente-se cansado todo o tempo?	44	2,16%	318	87,84%
Tem dificuldade de pensar claramente?	59	6,30%	303	83,70%
Pensamentos depressivos				
Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	21	5,81%	341	94,19%
Tem perdido o interesse pelas coisas?	26	7,19%	336	92,81%
Tem pensado em dar fim a sua vida?	13	3,60%	349	96,40%

Sente-se inútil em sua vida?	16	4,42%	346	95,58%
TOTAL	770		6470	

Verificou-se que, dentre o total de pesquisadas, 78 mulheres (21,54%) responderam ≥ 7 (sim), ao SRQ-20 (indicando a hipótese de TCM), o que apresenta ser um indicativo moderado, considerando outras pesquisas apresentadas (5), nas quais a porcentagem de suspeição diagnóstica de TMC entre as participantes foi de 43.6%. Apesar de moderada, ela se aproxima dos resultados encontrados em outros estudos de populações rurais (8, 9, 13).

Os sintomas mais recorrentes identificados, dentre as que obtiveram escores ≥ 7 (21,54%), foram: 91,02% das respostas (sim) ocorreram para a questão da escala “Sente-se tenso, nervoso ou preocupado?”, seguido da questão “Tem dificuldades de pensar com clareza?” e da questão “você se cansa com facilidade?”, com a mesma frequência (74,64 %). A questão que apresentou menor frequência (16,6%) foi “Tem tido ideia de acabar com a própria vida?”.

Infere-se que as situações de adoecimento evidenciadas podem estar relacionadas ao modelo de participação da mulher nas atividades agrícolas familiares, na maioria das vezes, não valorizada e não remunerada (12, 17). O patriarcado como representação principal da agricultura familiar reflete a cultura que secularmente elegeu o masculino como responsável pelo exercício das atividades desenvolvidas “fora do espaço da casa”, uma vez que o âmbito de trabalho “da casa” é o “lugar da mulher”. No geral, essa ideologia existe, mesmo quando a participação da mulher no mundo do trabalho é cada vez mais crescente. Ao mesmo tempo, a gratuidade do trabalho da mulher na agricultura brasileira tem como hipótese a sua invisibilidade na agricultura familiar, a não identidade, o não reconhecimento do seu trabalho nessa classificação de produtores agrícolas. Uma problemática que não ocorre somente na agricultura, mas como prática de outras atuações, bastante comum no Brasil (2).

No bojo das constatações desse estudo, estão implícitas as características da tradicional divisão sexual do trabalho. O não reconhecimento do trabalho da mulher dificulta sua participação nas atividades remuneradas, que “naturalmente” são endereçadas aos produtores do sexo masculino. Dificilmente, a mulher procura por diárias nos serviços agrícolas, exceto em casos de extrema necessidade, como abandono ou doença do marido, desamparo da família e do INSS (Previdência Social) para as viúvas e idosas. Quando a mulher trabalha na diária, seu desempenho tem valor inferior ao do homem (3). A caracterização contextual do trabalho das mulheres agricultoras familiares e de sua condição subjetiva e desvalorização implicam seu adoecimento mental.

As estratégias de enfrentamento na visão das mulheres agricultoras familiares

As categorias de análise identificadas na fase qualitativa dessa pesquisa foram estruturadas, didaticamente, nos seguintes itens: a) acesso à rede de atenção à saúde e estratégias de enfrentamento e b) psicossomática: quando a boca cala, o corpo fala.

a) Acesso à rede de atenção à saúde e estratégias de enfrentamento

Quando se trata de saúde, as mesmas relatam uso das seguintes estratégias de enfrentamento: apoio de amigos e familiares, medicamentos, a procura por tratamentos alternativos (massagistas, benzedeiras). E, principalmente, se fortalecem através da religiosidade, entendida como “fé”.

“Eu tomo medicamento para depressão, para dormir, diabetes, pressão alta. Iiiii eu

estou cheia de problemas. Mas eu sempre dou graças a Deus que eu poço fazer minhas coisinhas ainda.” (E.2.)

[...] eu busco ajuda através da Igreja, na fé, amigos e familiares que são um suporte. (E.1.)

[...] se eu tava muito desanimada, muito triste, a minha única salvação sempre era a bíblia e na bíblia eu sempre encontrei um trechinho que batia pra mim e com isso eu consegui me ajudar, e daí eu sempre ia na Igreja, parecia que sempre tinha uma coisa que falou comigo. (E.2.)

Nos benzemos bastante, meu irmão diz que ele não acredita, que isso não ajuda, mas nós, eu acredito [...](E.3.)

A religiosidade foi compreendida como fator central à saúde mental das participantes, em especial àquelas que vivem em situação de maior vulnerabilidade psicossocial, ao contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e ajudar a atribuir um sentido positivo ao sofrimento. O pertencimento a um grupo traz apoio psicossocial que pode promover a saúde e, neste sentido, a religião pode proporcionar coesão social, o sentimento de pertencer a um grupo de cuidados, a continuidade nos relacionamentos com amigos e familiares e outros grupos de apoio. O apoio social pode influenciar a saúde, facilitando a adesão a programas de promoção da saúde, oferecendo comunhão em momentos de estresse, sofrimento e tristeza, diminuindo o impacto da ansiedade e outras emoções e anomia (25).

Convém destacar que algumas mulheres pesquisadas podem ter problemas sérios de ansiedade (conforme se evidenciou na Tabela 4), e a primeira ajuda procurada, a médica, cuja intervenção geralmente ocorre mediante prescrição de medicação ansiolítica e antidepressivos, como podemos perceber na seguinte fala:

Há três anos atrás me deu uma crise de ansiedade, sei lá! Eu me sentia tão mal, tão mal, parecia que meu coração ia pular fora, meu Deus do céu, não queria mais ficar sozinha parecia que eu sempre tinha que estar fazendo alguma coisa, não podia parar quieta começava a tremer. Aí procurei o médico e ele me deu medicamento, desde lá eu tô tomando esses comprimidos daí eu tô bem controlada (E.5.)

Pesquisas têm sido realizadas, em âmbito nacional e internacional, visando analisar a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) na população (15). Evidencia-se a dificuldade que as mulheres estudadas podem ter em relação à expressão de seus sentimentos, pois, a grande maioria, quando se encontra em uma situação tensa ou de nervosismo, não sabe lidar com a situação, o que interfere na sua qualidade de vida e do seu grupo familiar (Tabela 4).

Deste modo, percebe-se que as mulheres agricultoras buscam estratégias de enfrentamento que estão relacionadas com as questões culturais, que fazem parte do seu processo de construção histórica enquanto mulheres e agricultoras familiares, sem acesso a serviços de cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental, embora haja demanda por parte das participantes:

“Se houvesse um psicólogo no posto de saúde, eu ia tentar buscar ajuda lá, sabe eu acho que isso ia ajudar a pessoa, isso é uma coisa boa.”(E.1)

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, eles ficam em geral ignorados ou negligenciados. Na atenção primária à saúde, os TMC ainda são pouco detectados e tratados, o que resulta em sobrecarga para usuários, famílias e comunidades, e traz prejuízos sociais e econômicos, a longo prazo, ao sistema público de saúde (5).

As participantes relatam, ainda, participarem de grupos em comunidades como de idosos, clube de mães, coordenação da comunidade. Essa experiência de poder, que

ocorre pela inserção na comunidade como lideranças, tende a resgatar a autoestima das mulheres como sujeitos (24, 25). Porém, segundo uma participante, não há um apoio comunitário frente às TMC:

A comunidade em geral às vezes nem percebe, por que hoje em dia cuidam da vida dos outros para falar mal, se não nem se importam (E.1.)

Desse modo, apesar de relatarem ter acesso aos serviços de saúde, especialmente na rede de atenção primária, as mulheres agricultoras, de maneira geral, não os procuram para tratar questões relativas à saúde mental. Além de elas terem estes esparsos contatos comunitários, estes não incidem em benefícios significativos na vida diária da mulher. Tal situação pode estar relacionada à dificuldade de reconhecer como importante a saúde mental, historicamente não priorizada no modelo de atenção primária.

b) Psicossomática: quando a boca cala, o corpo fala

Todas as participantes entrevistadas fazem uso de medicamentos, ou seja, já se medicaram e/ou automedicaram em algum momento de sua vida, por diversos motivos, tais como diabetes, pressão alta, ansiedade, depressão, relaxantes musculares, para dormir, dor na coluna, dor no estômago e para controlar a menstruação.

Percebe-se que, com o passar dos anos, alguns problemas que ficaram acumulados começam aparecer.

Eu tenho diabete, pressão alta, dor na coluna, depressão, eu tenho tudo! Eu não sei como pode isso, meu Deus do céu! Mas eu só fui descobrindo isso aos poucos fazendo exames e tudo, ai eu comecei a descobrir (E.4.)

Assim, evidenciou-se que não há um cuidado ou prevenção das doenças, de modo que, apenas quando ocorre a ocorrência de sintomas físicos, há a procura por tratamento. Infere-se que tal realidade esteja relacionada com o modo de vida no meio rural, histórica e culturalmente concebido, ou, até mesmo, pelas estratégias de enfrentamento que as mulheres utilizam, pela dificuldade de tempo para se deslocar até a cidade e, também, pela falta de informação sobre saúde mental.

Uma participante mais jovem conseguiu perceber que o que estava acontecendo, as dores no estômago e de cabeça poderiam ser uma manifestação de seu organismo atrelada à saúde mental:

Eu gostaria que tivesse um especialista, nos serviços de saúde, tu vai lá dai eles falam pode ser isso, mas pode ser aquilo, não pedem exames, por que talvez isso venha de algum lugar, eu não sei já ouvi falar, não sei se é, que a mente tem algo que se a cabeça às vezes está cheia o estômago fecha e tu não consegue mais comer nada, que uma coisa vem e puxa a outra e vai acumulando (E.1.)

Procurar apenas um fator causal produz uma imagem incompleta da saúde e da doença de uma pessoa. Portanto, os psicólogos da saúde trabalham a partir da perspectiva biopsicossocial (mente e corpo); essa perspectiva reconhece que forças biológicas, psicológicas e socioculturais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença, ou seja, a saúde e a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos (24, 21), em que se pesem os fatores sociais e culturais arraigados.

Neste sentido, pode-se compreender que as questões relacionadas com os TMC não estão diretamente relacionadas com a profissão que as mesmas exercem de agricultoras, mas, sim, com o ambiente que essas mulheres vivem, com questões que não estão bem resolvidas como o luto, relações familiares conflituosas, alcoolismo, preocupações por eventos ainda não vivenciados que geram ansiedade. Como afirmam as participantes:

Desde os 40 anos eu me sinto assim. [hoje tem 57]. Quando eu estava grávida, meu

outro filho sofreu um acidente, aí eu fiquei traumatizada por que meu irmão faleceu no acidente e eu tive que cuidar do meu outro filho, e ainda a gravidez daí eu fiquei com aquele trauma até hoje eu ainda tenho esse trauma no corpo, quando eu saio de viagem de carro isso tudo ainda é um trauma e medo. (E.4.)

No final do ano quando fomos viajar, é a primeira vez que eu viajei assim tão longe, tá loco eu ia morrer até que eu chegava lá, de preocupação e ansiedade, pra tu ver, daí eu tomei uns 5 ou 6 comprimidos pra ir viajar. (E.3.)

Meu marido quando bebia era muito ruim comigo, eu tinha que me virar cuidar das minhas filhas... (E.2.)

Não é fácil, [...] eu sempre tinha que ficar em casa por causa da vó e do vô, sabe e a gente deve respeitar eles são pessoas de idade né, daí tem uns dias que a gente fica bem pra baixo por que incomoda, e aí tu deve imaginar como são as coisas aqui em casa, não são boas [...]. (E.5.)

No campo da atuação em saúde mental, o “rural” necessita ser ressignificado conceitualmente, em razão de ser um termo “multifacetado” com espaço para novas configurações e pela possibilidade de produzir atribuições diversas de sentidos para a “condição rural”, ou para as “ruralidades”. Porém, é importante reconhecer essa história de estigmatização para assim produzir novas significações sobre o rural, que devem ser, a nosso ver, assentadas em práticas e políticas sociais concretas (5).

Constata-se, a partir da pesquisa, a presença de sofrimento mental, indicando a necessidade de atenção especializada. A ausência ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, mesmo por questões histórico- culturais, necessárias de serem revistas, trazem diminuição da saúde e qualidade de vida das mesmas.

4. Conclusões e considerações

O estudo possibilitou a compreensão sobre a ocorrência de transtornos mentais em mulheres agricultoras familiares do município de Saudades - SC e a identificação das estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas a essa população, que ocorre, primordialmente, por meio da religiosidade, seguida pela busca de atendimento médico e pelo uso de medicamentos.

Em termos da atenção primária, há o entendimento da prescrição de medicação como o único recurso acessado no cuidado à saúde mental. Isso demonstra como a articulação entre ações de atenção, promoção e cuidado em saúde mental na atenção primária apresenta-se deficitária no local do estudo. Também, permite compreender que o uso desses medicamentos é naturalizado e, muitas vezes, ocorre de modo indiscriminado, “calando” o sofrimento e a angústia, sem levar em consideração a subjetividade e as construções sociais, mobilizando tais expressões de sofrimento.

Diante desse cenário, a identificação e o reconhecimento das demandas de saúde mental das mulheres agricultoras pesquisadas, por meio desse estudo, podem subsidiar a elaboração de programas e políticas públicas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis, que levem em conta as especificidades da população rural. Esses resultados levam à reflexão sobre a complexidade que envolve o processo saúde/ doença dos indivíduos, visto que a saúde não significa apenas a ausência de doenças e, sim, um estado de bem-estar biopsicossocial (6).

Por fim, vale ressaltar a importância destes estudos voltados para as mulheres que trabalham na agricultura, corroborando com as perspectivas apontadas em outros estudos, que indicam a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca das particularidades das mulheres residentes na zona rural, no sentido de melhorar e expandir as ações programáticas que fazem parte de estratégias de atenção primária,

como planejamento familiar, pré-natal e trabalhos relacionados com a prevenção.

Conflitos de interesses: Os autores declaram que não houve conflitos de interesses na realização desse estudo.

Referências bibliográficas

1. Werlang R, Mendes JMR. Pluriatividade no meio rural: flexibilização e precarização do trabalho na agricultura familiar. Em Pauta 2016; 14 (38): 140-163.
2. Martins JS. A Sociologia como aventura: memórias. São Paulo: Contexto; 2013.
3. Moreira MS. Um olhar sobre a agricultura familiar, a saúde humana e o ambiente. Ciência e Cultura 2013; 65(3): 54-57.
4. Seghese MA. Projeto vida no campo: a vida em harmonia com a natureza. São Paulo: Sete Barras; 2006.
5. Costa MG, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. Revista Colombiana de Psicologia 2015; 24(1): 13-27.
6. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra: OMS; 2001.
7. Gomes FBC. Consequências do tabagismo para a saúde. Câmara dos deputados, Consultoria Legislativa. Brasília. DF; 2003.
8. Costa AG, Ludermitr AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2005; 21(1): 73-79.
9. Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. Caderno de Saúde Pública 2000; 16(1):115-128.
10. Araujo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio demográficas e o trabalho doméstico. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2005; 5(3):337-348.
11. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das doenças profissionais. Lisboa; 2013.
12. Alves RA, Guimarães MC. De que sofrem os trabalhadores rurais? – Análise dos principais motivos de acidentes e adoecimentos nas atividades rurais. Informe GEPEC 2012; 16 (2): 39-56.
13. Ludermitr AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16(3): 647-659.
14. Silva DF, Santana PR. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2012; 6 (4): 175-185.
15. Ribeiro LP, Brant FLC, Pinheiro TMM. Saúde, trabalho e adoecimento: o trabalho como mediador das representações sociais de agricultores familiares. Rev. Med. Minas Gerais 2015; 25 (4): 493-501.
16. Ludermitr AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública 2002; 6(2): 213-22.
17. Brasil. Políticas públicas para mulheres rurais no Brasil. Ministério da Agricultura; 2015.
18. Organização Mundial de Saúde. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de lamujer y violencia domestica. Genebra: OMS; 2005.
19. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Cad. saúde colet. 2016; 24(1): 92-98.
20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27 (2): 388-394.
21. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
22. Maciel RHM, Rodrigo RM, Alves PA. Como está a saúde dos trabalhadores? In: Rigotto R. (Org). Agrotóxicos, trabalho saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE. Fortaleza: UFC/ Expressão popular 2011; 391-413.
23. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. Jornal Bras. Psiquiatr. 2011; 60(3): 221-226.

24. Siqueira ASS. Empoderamento de mulheres agricultoras: possibilidades e limites de um projeto de desenvolvimento rural no semiárido baiano. Salvador; 2014.
25. Moreira AA, Lotufo NF, Koenig HG. Religiosidade e saúde mental: revisão. Revista Brasileira de Psiquiatria 2006; 28 (3): 242-250.