



APOIO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM MULHERES EM CONTEXTOS DE POBREZA NO BRASIL

Bárbara Barbosa Nepomuceno¹

Verônica Moraes Ximenes

Universidade Federal do Ceará

RESUMO

A pesquisa analisou a saúde mental e o apoio social em mulheres que vivem em condições de pobreza, em comunidades rurais do Norte e Nordeste do Brasil. A metodologia contou com aplicação de questionários fechados, com 511 mulheres, composto por: questões sociodemográficas e fontes de Apoio Social, Escala de Percepção de Suporte Social e *Self-Report Questionnaire*. Ademais foram realizadas 5 oficinas temáticas. Os resultados mostram altos indicadores de transtornos mentais comuns (TMC) (45,5%, N=217) entre as participantes, com maior prevalência entre as que se encontram em pobreza multidimensional moderada a intensa (62,4%; N=53); as principais fontes de apoio social informal são família e amigos; e correlação moderada negativa e significativa ($r = -0,589$, $p < 0,05$) entre TMC e apoio social entre as participantes em maior pobreza multidimensional.

Palavras-chave

Apoio social, mulheres, saúde mental, pobreza.

RESUMEN

La investigación analizó la salud mental y el apoyo social en mujeres que viven en condiciones de pobreza, en comunidades rurales del Norte y Nordeste de Brasil. Fueron aplicados cuestionarios, en 511 mujeres, formados por: cuestiones sociodemográficas y de fuentes de Apoyo Social, Escala de Percepción de Soporte Social y *Self-Report Questionnaire*. Además, fueron hechos 5 talleres temáticos. Los resultados apuntan altos indicadores de trastornos mentales comunes (TMC) (45,5%, N=217); con mayor prevalencia entre las mujeres que están en pobreza multidimensional moderada a intensa (62,4%; N=53); las principales fuentes de apoyo social formal son la familia y los amigos; y correlación moderada negativa y significativa ($r = -0,589$, $p < 0,05$) entre TMC y apoyo social entre las participantes en mayor pobreza multidimensional.

Palabras clave

Apoio Social, mujeres, salud mental, pobreza.

¹ Endereço: Rua República da Armênia, 900 – Água Fria – Fortaleza – Ceará – Brasil – CEP: 60821-760. E-mail: bbnepomuceno@yahoo.com.br A pesquisa contou com o financiamento de pesquisa Edital CHAMADA UNIVERSAL – MCTI/CNPq N° 14/2013, pela Bolsa da CAPES Demanda Social de doutorado da primeira autora e Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq da segunda autora.

SOCIAL SUPPORT AND MENTAL HEALTH IN WOMEN IN POVERTY CONTEXTS IN BRAZIL

A pobreza é um fenômeno multidimensional (Sen, 2010), forjada em meio à sociedade capitalista, com implicações socioeconômicas, políticas, culturais e singulares. No Brasil, o contexto rural apresenta os piores indicadores de pobreza (Souza & Osório, 2013) e uma série de problemáticas sociais (Leite, Macedo, Dimenstein, & Dantas, 2013), além de altos índices de transtornos psiquiátricos menores entre trabalhadores rurais, em especial mulheres (Costa & Ludemir, 2005).

Pobreza neste estudo é tomada a partir de uma leitura multidimensional (Sen, 2010), compreendida como privação das capacidades e liberdades básicas dos sujeitos. Nesta perspectiva, a pobreza implica uma série de privações (renda, acesso a saúde, educação, habitação, trabalho, liberdade civil, política, igualdade de gênero, entre outras) que produzirão efeitos singulares e coletivos a partir das condições estruturais sociais, culturais, econômicas e políticas. Ademais, compreende-se pobreza como um fenômeno historicamente produzido, que se constitui a partir de processos estruturais e ideológicos de exclusão e desigualdade social, em meio a uma sociedade capitalista neoliberal. Deste modo, é fruto de uma desigual distribuição da riqueza socialmente produzida e se produz através de instrumentos econômicos, políticos, culturais, jurídicos, espaciais e ideológicos (Campos, 2011).

A pauperização de grande parte da população é resultante de processos de desumanização desta, obrigada a viver em condições de indignas de vida. As injustiças e desigualdades atuam estabelecendo às pessoas que vivem na pobreza um lugar de desqualificação na sociedade (Yasbec, 2012). A problematização das implicações psicológicas da vida em condições de pobreza compreende que estas são capazes de produzir efeitos no bem-estar e nos estados de saúde da população, além de impactar em formas singulares de expressão no psiquismo (Cidade, Moura Jr., & Ximenes, 2012). Assim, as condições e contradições da vida em pobreza são produtoras de sofrimentos psicossociais nas populações que a vivenciam. As desigualdades sociais provocam sentimentos de humilhação, inferioridade, baixo controle sobre as condições de vida e impotência e tais sentimentos têm íntima relação com as experiências de sofrimento psíquico (Ludemir, 2008).

O recorte de gênero, na leitura do fenômeno em questão, deve-se ao fato de que a pobreza se expressará de diferentes maneiras, em função dos recursos materiais, sociais, políticos e individuais que cada sujeito dispõe, assim como do grupo social ao qual pertence. Desta forma, o estudo tece um olhar da pobreza rural sob o viés de gênero, observando como o fenômeno se expressa na vida das mulheres, o que implica compreender como os históricos lugares sociais ocupados pelas mulheres na sociedade incidirão sobre a vivência dos contextos de privação. Segundo Campos (2011), mesmo nas classes oprimidas encontraremos desiguais condições de vida e assimetrias de poder entre os sujeitos, alicerçadas em diferentes formas de dominação presentes na sociedade, na qual a desigualdade de gênero é uma delas.

O CEPAL (2016) alerta que na América Latina a redução da pobreza não ocorreu de maneira uniforme entre homens e mulheres, pois pesquisa aponta um crescimento no índice de feminilidade da pobreza nos lares pobres e extremamente pobres. Segundo Soares, Souza, Silva, Silveira e Campos (2016), nos contextos rurais da região Norte e Nordeste do Brasil os domicílios chefiados por mulheres não acompanharam os níveis nacionais de queda da pobreza. Apesar de tais indicadores, as medições tradicionais da pobreza tentem a desconsiderar as relações assimétricas entre homens e mulheres.

Considerando os efeitos da pobreza na saúde mental, estudos apontam que os pobres acusam maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2002), com destaque aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Patel & Kleinman, 2003), sendo as mulheres as que mais apresentam a problemática (Costa & Ludemir, 2005). Esta maior prevalência “pode ser explicada tanto por uma maior susceptibilidade dos pobres, como pelo eventual empobrecimento dos doentes mentais” (OMS, 2002, p.44). Portanto, pobreza constitui-se como fator de risco à saúde mental (Saraceno & Barbuy, 1996). Os estudos falam que tal relação entre pobreza e transtornos mentais ocorre através de um círculo vicioso (OMS, 2002), na qual privação de renda, baixa escolaridade e desemprego favorecem ao sofrimento psíquico e estes podem gerar uma série de prejuízos sociais, como incapacidade grave ou continuada, desemprego, redução da capacidade produtiva e altos gastos com saúde. Tal situação, por sua vez, agrava o estado de pobreza. Soma-se a isto, o precário acesso aos cuidados em saúde mental, que muitos sujeitos em condição de pobreza vivenciam (Alves & Rodrigues, 2010), de forma mais contundente no contexto rural.

O conceito de TMC foi proposto por Goldberg e Huxley e se refere aos problemas de saúde mental que caracterizam-se por ser um transtorno mental não psicótico e sem patologia orgânica associada, expresso através de “sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (Ludemir & Melo-Filho, 2002, p. 214). Para Patel e Kleinman (2003), a associação entre



pobreza e TMC relaciona-se a fatores como a experiência de insegurança e desesperança, rápidas mudanças sociais e riscos de violência física, todos citados anteriormente.

No que tange às relações entre saúde mental e gênero, destaca Zanello (2016) que problemas de ordem econômica e sociais, como desemprego, feminização da pobreza, violência psicológica, física, sexual, incidirão neste processo. Ademais, para a autora as queixas de mulheres e homens e a produção do sofrimento entre estes ocorrerão em função dos diferentes lugares sociais que ocupam na sociedade burguesa capitalista e das exigências performáticas que incidem sobre ambos. Estudos que tecem uma análise da depressão em função do gênero, apontam que mulheres estão em maior vulnerabilidade quando comparadas aos homens, em função das construções socioculturais existentes em função dos papéis de gênero (García-Cruz, Valencia, Hernández-Martínez, & Rocha-Sanchez, 2017; Rocha-Sánchez & Cruz del Castillo, 2013).

No que concerne às estratégias de enfrentamento à pobreza e ao sofrimento psíquico, estudos têm apontado a relevância da articulação de uma rede de apoio social como potente à redução do estresse cotidiano e capaz de gerar aos sujeitos recursos materiais, instrumentais e afetivos para lidar com as adversidades (Lever & Martinez, 2007). Entende-se por apoio social qualquer auxílio material, informacional e/ou afetivo provido através de um processo interativo estabelecido entre pessoas (Siqueira, 2008), capaz de promover saúde e reduzir o estresse (Lacerda & Valla, 2005). Estudos evidenciam que existem diferentes tipos de apoio social, sendo três os mais estudados: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional (Siqueira, 2008). No que se relacionam às fontes de apoio social estas podem ser formais ou informais (Soares & Pereira, 2014). Silva et al. (2016) destacam que existem quatro principais fontes de apoio: o apoio proveniente da família, o apoio comunitário, apoio religioso e institucional. Para Estanislau et al. (2018), a família, os amigos e a igreja ocupam lugar central na rede de apoio social estabelecida por sujeitos em condição de pobreza.

Ao atentarmos para a pobreza no contexto rural, em especial para o modo de vida das mulheres, o apoio social poderá ocupar um lugar de suma importância, uma vez que neste cenário são frequentes problemáticas como a desassistência das políticas públicas, em especial, das políticas de saúde e assistência social, o desemprego, a fome, entre outras (Leite et al., 2013). Intensificam tais questões quando consideramos a realidade feminina, na qual soma-se a violência de gênero, a sobrecarga laboral e os altos indicadores de TMC (Costa, Dimenstein, & Leite, 2014). Deste modo, o objetivo desse estudo é analisar a saúde mental e o apoio social em mulheres que vivem em condições de pobreza, em comunidades rurais do Norte e Nordeste do Brasil.

Metodologia

O estudo contou com metodologia qualitativa e quantitativa, através da aplicação de questionários de múltipla escolha em mulheres moradores de comunidades rurais das cidades de Pentecoste/BR (pertencente ao Estado do Ceará) e Humaitá/BR (pertencente ao Estado do Amazonas). As cidades pesquisadas estão situadas em contextos de vulnerabilidade social e pobreza, apresentando baixos Índices de Desenvolvimento Humano (Pentecoste=0,629 e Humaitá=0,605), altas taxas de desigualdade social, segundo o Índice Gini (Pentecoste=0,56 e Humaitá=0,66) (PNUD, FJP, & IPEA, 2017).

Participantes

Participaram da amostra 511 mulheres, adultas moradoras de comunidades rurais Pentecoste/BR (N=272) e Humaitá/BR (N=239). No total foram pesquisadas 34 comunidades (Pentecoste=14 e Humaitá=20). A Tabela 01 apresenta o perfil das mulheres participantes do estudo.

Tabela 01*Perfil das Mulheres participantes da pesquisa nos municípios de Pentecoste/BR e Humaitá/BR*

Variáveis	Pentecoste/BR		Humaitá/BR		
	N	% Válida	N	% Válida	
Cor	<i>Branca</i>	48	17,6	36	17,60
	<i>Preta</i>	14	5,1	10	5,10
	<i>Parda/morena</i>	198	72,8	181	72,80
	<i>Amarela/indígena</i>	12	4,40	11	4,60
Idade	<i>Jovem</i>	76	27,9	120	51,7
	<i>Adulto</i>	154	56,6	91	39,2
	<i>Idoso</i>	42	15,4	21	9,1
Estado Civil	<i>Solteiro(a)</i>	40	14,7	104	43,50
	<i>Casado(a)/mora com um (a) companheiro(a)</i>	203	74,6	119	50,00
	<i>Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)</i>	15	5,5	07	2,9
	<i>Viúvo(a)</i>	14	5,1	08	3,4
Renda Pessoal	<i>0 a ¼ de SM</i>	112	41,9	57	29,8
	<i>Maior ¼ até ½ SM</i>	41	15,4	32	16,8
	<i>Maior 1/2 até 1 SM</i>	82	30,7	70	36,6
	<i>Maior 1 até 1 e 1/2 SM</i>	13	4,9	12	6,3
	<i>Maior 1 e 1/2 SM</i>	19	7,1	20	10,5
Escolaridade	<i>Nunca frequentou a escola</i>	15	5,5	19	8,5
	<i>Até 5 anos</i>	91	33,5	50	22,3
	<i>De 6 a 9 anos</i>	54	19,9	38	17,0
	<i>De 10 a 11 anos</i>	29	10,7	25	11,2
	<i>De 12 anos ou mais</i>	83	30,5	92	41,1
Trabalho	<i>Desempregado</i>	162	60,4	142	60,7
	<i>Trabalho Informal</i>	63	23,50	61	26,1
	<i>Trabalho Formal</i>	43	16,00	31	13,2
Pobreza Multidimensional	<i>Fraca</i>	14	10,8	14	10,4
	<i>Fraca a Moderada</i>	64	49,2	62	45,9
	<i>Moderada a Intensa</i>	41	31,5	46	34,1
	<i>Intensa</i>	11	08,5	13	09,6
	<i>Total</i>	13	100	135	100
		0			

*Divisão em função dos quartis de pobreza multidimensional

Fonte: Elaborado pelas autoras

Instrumentos

Os questionários de múltipla escolha foram compostos por questões sociodemográficas, sobre fontes de Apoio Social, pelo *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* e pela versão adaptada da Escala de Percepção de Suporte Social. O *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*, desenvolvido pela OMS, avalia a predisposição para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), através da investigação de sintomas não-psicóticos e foi utilizada a versão validada para o Brasil (Mari & Williams, 1986). O mesmo é constituído por 20 (vinte) questões dicotômicas (sim ou não) que avaliam sintomas relacionados a: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. A Escala de Percepção de Suporte Social (Siqueira, 2008), foi adaptada e validada para sujeitos em contextos de pobreza. A mesma possui 12 itens que avaliam a percepção de tipos de suporte social, a saber: suporte cognitivo-instrumental (7 itens) e suporte afetivo-cooperativo (5 itens).

Na fase qualitativa, foram realizadas 05 oficinas temáticas diferentes, com 25 mulheres moradoras de duas comunidades de Pentecoste/BR (Serrota e Providência), com duração em média de 1 hora. As oficinas constituem-se como espaços facilitadores à troca dialógica e co-construção de sentidos entre os



participantes e versaram sobre as categorias pobreza, gênero, apoio social e saúde mental, assim como foram apresentados e problematizados resultados encontrados na etapa quantitativa do estudo.

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A aplicação dos questionários foi realizada prioritariamente de forma individual nos domicílios ou em grupos e foram aplicados pela equipe de pesquisa. As oficinas foram realizadas nos equipamentos da Política de Assistência Social. Todas as oficinas foram facilitadas pela pesquisadora e gravadas em áudio para posterior análise. Os dados qualitativos, após transcritos passaram pela análise de conteúdo temática (Bardin, 2004), com o auxílio do *software Atlas.ti 5.2*. As categorias de análise do estudo foram: histórico de pobreza, condições de vida em pobreza, fatores de opressão/vulnerabilização, fatores de enfrentamento, apoio social e sofrimento psíquico. Os dados quantitativos passaram por processos de análise com o auxílio do SPSS 20.0. As análises dos dados utilizadas foram: estatística descritiva, Test *t* para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson.

De acordo com os parâmetros e itens que regem a Resolução 446/2012/CNS/MS, que regulamenta pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi submetida a análise ao Comitê de Ética de uma Universidade, sendo aprovada (CAAE: 46474715.5.1001.5054 e Parecer N° 1.233.648) e todos os participantes assinaram a concordância aos *Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento para a Participação em Pesquisa*.

Resultados e Discussão

Expressão do sofrimento psíquico em mulheres rurais

Os resultados de saúde mental revelam que 45,5% (N=217) da amostra total apresenta prevalência para os TMC. Ao dividirmos a amostra em função dos quartis de pobreza multidimensional, observamos que a maior prevalência de TMC está entre as mulheres que se encontram em pobreza multidimensional moderada a intensa (62,4%; N=53), seguido das em pobreza intensa (54,5%; N=12). Já as mulheres em pobreza multidimensional fraca apresentam prevalência de 48,1% (N=13) e as em pobreza multidimensional fraca a moderada 40% (N=48). Os TMC são mais prevalentes entre mulheres com renda pessoal de ½ a 1 salário mínimo (48,9%) e desempregadas (45,6%). Tais resultados vão ao encontro da pesquisa de Costa, Dimenstein e Leite (2014) que aponta uma alta prevalência de TMC entre mulheres moradoras de assentamento rural. Os autores identificam como fatores que se interseccionam na produção de tal realidade: o lugar social destinado à mulher, a pobreza, a violência doméstica e a sobrecarga laboral, elementos também destacados neste estudo. Realidade também destaca por Savi (2010), em pesquisa com mulheres moradoras de comunidades urbanas, o que demonstra semelhanças entre tais contextos.

Assim como em tais estudos, a sobrecarga de trabalho é relatada pelas participantes, as mesmas são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico, cuidado com os filhos, além de participarem do trabalho na agricultura. Segundo uma das participantes:

Porque a mulher é assim: a mulher ela trabalha muito, sabe? Penso eu. Por que eu desde a idade de 10 anos que eu trabalho. Na agricultura. Eu alimpo mato, eu apanho feijão, eu quebro milho (...) Se casa, tem filho. Aumenta a preocupação. No trabalho, quando você amanhece o dia pra fazer as coisa, deixa tudo ajeitadinho pro homem ir trabalhar, os filhos irem pra escola e quando chegarem o almoço tá feito. Tudo isso aí, pra nós é uma preocupação, né? (Oficina 04).

Outro dado que evidencia elementos opressores da realidade das mulheres e intensificador do sofrimento são os constantes relatos de violência de gênero praticadas por pais e companheiros. O passado de uma das moradoras da comunidade Serrota (Oficina 02) com pai agressor ilustra tal realidade:

Ela (sua mãe) saiu de casa mais voltou com medo dele (seu pai) matar ela. Foi morar um tempo comigo em Itapipoca. Aí voltou, aí foi bem na hora que ele se armou de faca pra matar ela, mas não deu tempo.

Entretanto, percebe-se também uma resistência das mulheres a tal realidade, muitas relatam não aceitar companheiros violentos, denunciando o machismo existente. “Mas eu me juntei com um, uma vez ele puxou

o meu cabelo, aí eu deixei logo. Jamais eu aceito de jeito nenhum, não aceito. Num aceitava apanhar nem da mãe e do pai da gente, vou aceitar apanhar de macho?” (Oficina 04).

Deste modo, pode-se perceber uma forte ligação entre modo de vida e sofrimento psíquico. As adversidades próprias da vida em condições de pobreza e das opressões vividas promovem nos sujeitos um estado permanente de tensão e estresse, produzindo o fenômeno do estresse continuado (Góis, 2008), no qual eventos negativos de vida estão relacionados a depressão e problemas psicossomáticos (Rodríguez, 2009). O enfrentamento das problemáticas de saúde mental de mulheres em contextos de pobreza deverão apontar não só para mudanças econômicas, de geração de trabalho e renda, mas também culturais que repensem as tradicionais relações de gênero produtoras de violências e sofrimentos cotidianos, para uma socialização do trabalho doméstico (Hora & Butto, 2014)

Os itens do SRQ-20 mais mencionados pelas participantes foram: *sentir dor de cabeça frequente* (53,4%), relacionado aos sintomas somáticos; *sentir-se nervosa, tensa, preocupada* (63,8%) e *se sentido triste ultimamente* (43,4%), relacionados aos sintomas de humor depressivo e ansioso; e *dificuldades para tomar decisões* (43,8%), sintoma relacionado ao decréscimo de energia. Durante as oficinas foi frequente o relato de nervosismo e uso de medicação psicotrópica. A dependência da medicação também é relatada por várias mulheres, assim como a existência de sintomas somáticos e humor depressivo. Uma das participantes se identifica com uma pessoa nervosa e a importância da medicação na sua vida: “Eu sei que sou nervosa mesmo, ó. Sou. Aí eu já fui no médico, voltei, e ele queria passar remédio porque a gente depende do remédio. Mas nervosa eu sou. Às vezes eu fico me tremendo [risos]” (Oficina 05). Assim como esta participante, duas moradoras da comunidade Serrota também relatam outros sintomas como insônia, depressão, além do uso de medicação: “Eu não dormia não, aí eu fui para a doutora, aí ela passou remédio e tô dormindo agora” (Oficina 03). “Eu já não choro, se eu chorasse aliviava, desde de 18 anos que eu tomo remédio para dormir, (...) 4 anos com depressão (Oficina 03).

Para Fonseca (2008), apesar os TMC causarem prejuízos e sofrimentos significativos para os sujeitos envolvidos. A autora aponta que a problemática é recorrente nos serviços de atenção básica a saúde, entretanto há falta de qualificação profissional para sua a atenção. Assim como observado nos resultados do estudo, a OMS (2008) destaca o fato de que muitas vezes os sofrimentos psíquicos se expressam através de somatizações no corpo. Tal fato se observou entre as participantes que por vezes relatavam seus sofrimentos através de dores no corpo “Aí começa logo aquela coisa dentro das minhas pernas logo, no corpo. Aí pronto, lé é uns três dias” (Oficina 04), de dores de cabeça “Sinto, muito dor de cabeça, né. Tem até melhorado, mas aqui e acolá a gente sente” (Oficina 02) e tremores no corpo.

Tais queixas que se expressam de forma difusa e que frequentemente não são consideradas como legítimas por profissionais de saúde. Segundo a OMS (2008) há uma subnotificação dos casos, devido a não identificação e desqualificação das queixas que chegam aos serviços de saúde. É frequente o excesso de automedicação e um cuidado de atenção centrado na medicalização no contexto rural (Silva, Dimenstein, & Leite, 2013), quadro também observado neste estudo nas recorrentes falas nas quais as mulheres relatam fazer uso da medicação como o recurso terapêutico, algumas falam de uso de medicações psicotrópicas mesmo sem um acompanhamento médico adequado.

Quando indagadas sobre as razões que levam as mulheres apresentarem maior incidência de transtornos mentais, comparadas aos homens, as participantes fazem menção às preocupações cotidianas vivadas pelas mulheres no contexto doméstico: “É a preocupação é com tudo. Com a casa, com a família. E o homem que sai, às vezes tem o marido que bebe, né? Sai. Ali já é uma preocupação também. Tudo é preocupação” (Oficina 05). Neste sentido, suas falas coadunam estudos que afirma que o sofrimento psíquico é perpassado por marcadores de gênero e se constroem a partir dos lugares sociais instituídos em função do sistema sexo/gênero (García-Cruz, Valencia, Hernández-Martínez, & Rocha-Sanchez, 2017; Zanello, 2016; Rocha-Sánchez & Cruz del Castillo, 2013). Segundo a Zanello (2016), as principais queixas do sofrimento das mulheres relacionam-se ao dispositivo materno, traduzido através do cuidado da casa, dos filhos e do casamento.

Apoio Social: um importante recurso de enfrentamento

Os resultados em relação a média do EPSS, para amostra total, é 1,807 (DP=0,733). A média do fator Suporte Social Cognitivo-Instrumental foi 1,654 (DP=0,783) e do fator Suporte Social Emocional-Cooperativo foi 1,978 (DP=0,793). Ao compararmos os grupos em função dos quartis de pobreza, os resultados dos EPSS se apresentam da forma decrescente em função do aumento da pobreza, onde os mais pobres percebem menor apoio social (Tabela 02). A ANOVA revela que tal diferença não é significativa



entre os grupos, a saber: SSP-TOTAL $F(3,244)= 1,473, p>0,05$; SSP- Cognitivo Instrumental $F(3,249)=2,066, p> 0,05$; e SSP – Emocional Cooperativo $F(3,253)=0,334, p> 0,05$.

Tabela 02

Percepção do Suporte Social em Função dos Quartis de Pobreza Multidimensional

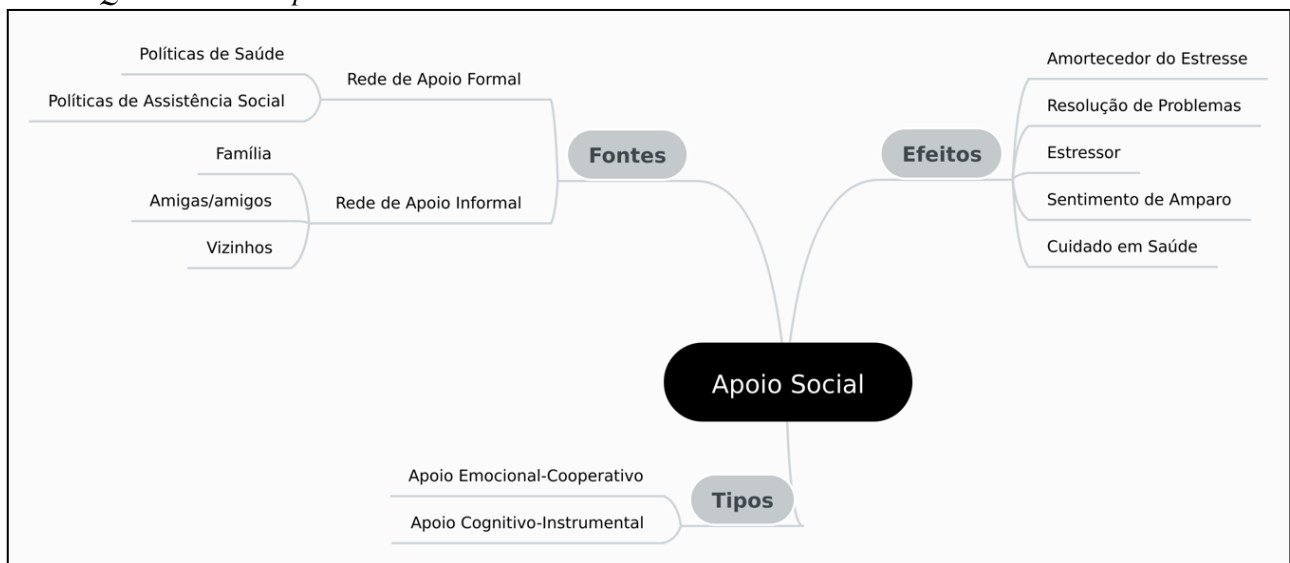
Quartis de Pobreza Multidimensional	Suporte Social Total			Suporte Cognitivo-Instrumental			Suporte Emocional-Cooperativo		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
<i>Fraca</i>	25	1,999	0,702	25	1,925	0,748	27	2,029	0,799
<i>Fraca a Moderada</i>	116	1,772	0,736	119	1,653	0,788	122	1,931	0,801
<i>Moderada a Intensa</i>	84	1,669	0,693	85	1,510	0,764	85	1,880	0,781
<i>Intensa</i>	23	1,641	0,846	24	1,500	0,873	23	1,817	0,916

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O Quadro 01 apresenta a síntese dos dados qualitativos relacionados ao apoio social. O mesmo apresenta que a categoria em análise em função das fontes de apoio formal e informal, dos efeitos do apoio social e dos tipos de apoio percebidos pelas participantes.

Quadro 01

Análise Qualitativa do Apoio Social em mulheres rurais



Fonte: Elaborado pelas autoras

Em relação as fontes e tipos de apoio os discursos apontam para uma importância da família e dos amigos nos momentos de necessidade de ajuda, sejam elas instrumentais ou afetivas. Mães, irmãs, amigas, companheiros e filhos são mencionados como pessoas para quem pedem apoio nos momentos difíceis. Os relatos de três participantes podem revelar tal realidade: ajuda financeira: “(...) esse remédio que eu tomo também, quando tem eu ainda vou pegar na Secretaria. Quando não tem eu compro. E quando não tem dinheiro pra comprar eu peço emprestado pras minhas amigas e vou comprar” (Oficina 05); ajuda com as atividades de casa: “(...) pois, minha filha, a minha de nove anos por certas moças, eu não dou não. Porque ela me ajuda, óia, com nove anos, ela me ajuda a lavar roupa, ela varre casa, ela lava as coisas” (Oficina 05); ajuda emocional: “(...) aquele dia eu tava tão péssima mesmo, só tava me segurando mesmo porque eu tava ali, (...) mas dentro de mim eu não era ninguém, aí quem me deu muita força também foi o meu companheiro que convive do meu lado” (Oficina 03).

Diversos tipos de ajudas são mencionados pelas participantes: dinheiro, comida, compartilhar das atividades domésticas, o cuidado com os filhos pequenos, o transporte para o acesso a um cuidado em saúde, outros. Os discursos permitem observar o quanto a articulação de uma rede de apoio social é importante no

enfrentamento das adversidades cotidianas, o que faz com que as mulheres rurais atuem como articuladoras e mantenedoras das relações sociais capazes de organização e geração das estratégias de sobrevivência (Pinto, Pontes, & Silva, 2013). Esta rede é o que permite também que muitas mulheres possam ter acesso a trabalho, renda e lazer, assim como diminuir a sobrecarga de trabalho.

Entretanto algumas mulheres relatam não contarem com a ajuda de ninguém e de terem vergonha de pedir ajuda. Muitas participantes do estudo são provedoras de cuidado para seus familiares (avós, mães, filhos e companheiros), assim como para amigas. Podemos aqui problematizar que, apesar de estudos que indicam o poder promotor de saúde para os sujeitos envolvidos, os que dão e os que recebem apoio (Andrade & Vaitsman, 2002; Valla, 2000), para pessoas que tradicionalmente ocupam o lugar de cuidadores e que não dispõem de suporte, esta relação pode ser geradora de estresse e sobrecarga (Soares & Pereira, 2014).

Os dados quantitativos também apontam que as fontes de apoio social mais mencionadas, para amostra total, foram: família (M=3,13; DP=1,23) e amigos (M=1,84; DP=1,43). A unidade básica de saúde/hospital (M=1,82; DP=1,54) aparece em terceiro lugar, seguido das demais fontes: igreja (M=1,72; DP=1,64), vizinhos (M=1,59; DP=1,46), escola (M=1,45; DP=1,54), associação de moradores (M=0,89; DP=1,36), e por último, equipamentos da política pública de assistência social (M=0,65; DP=1,17).

Apesar do apoio de hospital e posto de saúde aparecer com a terceira maior média, nos discursos foi frequente o relato de desassistências no campo da saúde. Como nas falas das duas moradoras:

Às vezes tem o remédio, mas não tem o doutor. Mesmo que você venha no posto, mas aí as bichinhas têm medo de dar [remédios], né. Por quê? Só vai com a autoridade do doutor, da enferma, né. Aí com isso, a gente acha melhor é tá em casa mesmo, não em outro meio.” (Oficina 05).

Médico tem na quinta-feira, né. De quinta-feira em diante. Se nós adoecer, nós vai pra onde? Não existe médico (Oficina 04).

Apesar das baixas médias de apoio dos equipamentos da política de assistência social, se faz relevante destacar a importância do Programa Bolsa Família (Programa de transferência de renda para família em pobreza e extrema pobreza) e do Programa de Cisternas (cria cisternas, depósitos que captam e armazenam água da chuva, em casas de família afetadas pela seca), ambos do Governo Federal. Os discursos de duas participantes revelam que as condições de vida mudaram com tais apoios formais:

É diferente, filha. Porque naquela época a gente era muito pobre. Hoje na minha casa eu tenho uma cisterna, que facilita, né. No inverno enche e a gente tem água pra beber o verão todinho. Até chegar o outro inverno ainda tem. Hoje eu tenho a minha pensão. Sou aposentada, né. E recebo esses R\$118 real do Bolsa Família, já dá pra mim comprar alguma coisa pros meus netos. Um material pra eles, uma merenda pra eles, né (...). Por isso que eu digo que mudou. Mudou sim, mudou (Oficina 04).

Melhorou demais! Tu é doida (risos)? Pra mim foi tudo? Porque a coisa pior que tem é a pessoa depender de homem, né? Quando a mulher passava pra receber esse bolsa família, homem não quer não, porque homem quer bater, quer humilhar, quer escarrar. Só porque dão um prato de comida, né? Agora quando a mulher passou pra receber o dinheiro, agora ele é que limpa os pés, mais os pés dela (Oficina 01).

Como componentes de rede formal de apoio social, as políticas sociais têm um importante papel no enfrentamento da pobreza, capaz de produzir resultados na promoção de uma sociedade mais justa e igualitária (Ximenes, Cidade, & Nepomuceno, 2015). Considerando as variáveis de gênero, o Bolsa Família permitiu uma ampliação da autonomia e liberdade de mulheres, produzindo efeitos também no modo com mulheres beneficiárias do programa estabelecem as relações sociais no tecido social, familiar e comunitário, onde estas obtêm maior status por ter acesso à renda (Rêgo & Pinzani, 2013). Se faz relevante destacar que atualmente no Brasil vive-se um cenário de retrocesso e perdas de direitos sociais e cortes nos recursos financeiros destinado a educação, saúde e assistência social, desde o golpe político instado desde 2016, no qual se fortalece o modelo neoliberal capitalista de minimização do Estado. Tal realidade aponta para uma fragilização da rede de apoio formal provida pelo Estado.

Considerando a relação entre apoio social e saúde mental, a análise de correlação de Pearson entre TMC e percepção de apoio social se apresentou fraca, negativa e não significativa para a amostra total ($r=-0,04$, $p>0,05$). Entretanto, se considerarmos a amostra dividida nos quartis de pobreza multidimensional, a correlação de Pearson será moderada, negativa e significativa ($r=-0,589$, $p<0,05$) entre mulheres que estão em pobreza intensa. O mesmo ocorre para a correlação de Pearson de TMC e os fatores suporte cognitivo-



instrumental ($r=-0,511, p<0,05$) e suporte emocional-cooperativo ($r= -0,589, p<0,05$), quando consideramos as mulheres em pobreza intensa. O mesmo não ocorre entre os outros quartis de pobreza, nos quais a correlação é não significativa ($p>0,05$). Os discursos evidenciam diferentes estratégias de apoio social no enfrentamento ao sofrimento psíquico.

As correlações negativas entre TMC e apoio social permitem uma problematização do efeito protetivo das ações de apoio social em relação a saúde mental para populações em contextos de extrema pobreza. Ao encontro dos estudos que mostram que o apoio social é capaz de produzir efeitos positivos sendo favoráveis à promoção da saúde e diminuição do estresse (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011), além de gerar bem-estar (Andrade & Vaitsman, 2002). Portanto, pode configurar-se como um importante recurso individual e coletivo ao enfrentamento de situações estressoras e desafiadoras. Frente às situações de desamparo e falta de recursos para responder às demandas diárias, seja uma conta a pagar, uma comida a dar para um filho, ter acesso a uma medicação, alguém para compartilhar preocupações e tristezas, o apoio social apresenta-se como capaz de gerar soluções para uma problemática e gerar sentimentos de conforto e bem-estar. Deste modo, produz efeitos tanto no enfrentamento da pobreza, como do sofrimento psíquico, uma vez que atua amenizando os efeitos patogênicos do estresse e ampliando a capacidade de as pessoas lidarem com situações difíceis. (Andrade & Vaitsman, 2002).

Conclusões e recomendações

Conclui-se que a saúde mental e o apoio social sofrem influências de dimensões socioeconômicas e contextuais, assim como são atravessadas em função dos marcadores de gênero. No que tange ao contexto de pobreza vivido pelas mulheres no contexto rural, as privações se expressam relacionadas ao trabalho, renda e educação, aliada a um cenário de sobrecarga de trabalho doméstico e violência de gênero. Realidade promotora de sofrimento e adoecimento psíquico, em meio a um cenário de desassistência médica e medicalização do sofrimento. Quadro propenso de agravamento devido as medidas neoliberais atuais de minimização do Estado.

O apoio social se apresentou como um importante recurso formal e informal de enfrentamento aos contextos de privação e sofrimento psíquico, os tipos de apoio recorridos são financeiro, instrumental e emocional, no qual a família, amigos ocupam lugares centrais. O estudo em questão permitiu uma contextualização saúde mental e apoio social de mulheres rurais em contextos de pobreza. Entretanto limitou-se aos contextos Norte e Nordeste do Brasil, sendo necessária a realização de pesquisas nas demais regiões, a fim de gerar um retrato nacional de tais questões. Para uma leitura de gênero mais ampla, seria importante a investigação das categorias com o público masculino e LGBTs.

Referências

- Andrade, G. R. B. de, & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925–934. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>
- Alves & Rodrigues (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Campos, C.S. (2011). *A face feminina da pobreza em meio a riqueza do agronegócio: trabalho e pobreza das mulheres em territórios do agronegócio no Brasil: o caso de Cruz Alta/RS*. 1.ed. Buenos Aires: CLACSO.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible>
- Cidade, E.; Moura Jr., J.F.; & Ximenes, V.M. (2012). Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latinoamericano. *Psicologia Argumento*, 30 (68), 87-98. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20087>
- Costa, A.G. & Ludemir, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), jan-fev, 73-79. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>
- Costa, M.G.S.G; Dimenstein, M., & Leite, J. (2014). Gênero, trabalho rural e saúde mental. *Estudos feministas*, julho/dezembro. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>
- Estanislau, A., Feitosa, M.Z.S., Ximenes, V.M., Silva, A.M.S., Araújo, M.S., Bomfim, Z.A.C. (2018). Apoio social: modo de enfrentamento às vivências de humilhação e de vergonha em contextos de pobreza. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13, 1-17.
- Fonseca, M.L.G. (2008). Sofrimento Difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In E.M. Vasconcelos (Org.) *Abordagens Psicossociais Volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica das lutas populares*. (pp. 171-228). São Paulo: HUCITEC.
- García-Cruz, R., Valencia Ortiz, A.I., Hernández-Martínez, A., & Rocha-Sanchez, T.E. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. *Revista Interamericana de Psicología*, 51 (3), 406-416. doi: <http://dx.doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i3.384>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1755–1769. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>
- Hora, A. & Butto, K. (2014). Políticas Públicas para mulheres rurais no contexto dos territórios da cidadania. In A. Butto, N. Faria, & K. Hora (Orgs.) *Mulheres rurais e autonomia: formação e articulação para efetivar políticas públicas nos territórios da cidadania*. (pp. 14-45). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016*. Recuperado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>
- Lacerda, A., & Valla, V. (2005). Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: R. Pinheiro & R.A. Mattos (Org.) *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Leite, J.F., Macedo, J.P.S., Dimenstein, M., & Dantas, C. (2013). A formação em Psicologia para a transformação em contextos rurais. In J.F. Leite, & M. Dimenstein (Org.) *Psicologia e contextos rurais*. (pp. 27-55). Natal: EDUFRN.
- Lever, J.P.; Martínez, Y.I.C. (2007). Pobreza y apoyo social: Un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 177-188. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441208>
- Ludemir, A.B. (2008). Desigualdade de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 (3), 451-467. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>.
- Mari, J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148 (jan), 23–26. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório mundial da saúde. Lisboa.



- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. 2008. Recuperado de:
http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8). Recuperado de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576893>
- Pinto, N.M.A., Pontes, F.A.R., & Silva, S.S.C. (2013). A rede de apoio social e o papel da mulher na geração de ocupação e renda no meio rural. *Temas em Psicologia*, 21 (2), 297-315. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-01>
- Rêgo, W., & Pinzani, A. (2013). *Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Rocha-Sánchez, T.E. & Cruz del Castillo, C. (2013). Barreras estructurales y subjetivas en la transición de roles de mujeres y su malestar emocional. *Acta Colombiana*, 16 (1), 123-135.
- Rodriguez, P.E. (2009). Entre la clínica y la cultura: psicoterapia con pacientes en condiciones de pobreza y exclusión. In A.E Hincapié. *Sujetos políticos y acción comunitaria para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina*. (p. 269-299). Medellín: UPB.
- Savi, E.S.A. (2010). *O sofrimento difuso das mulheres na maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Manguinhos-Rio de Janeiro.
- Sen, A. (2010). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Silva, L. et al. (2016). Apoio social como modo de enfrentamento à pobreza. In V. M. Ximenes et al. *Implicações Psicosociais da Pobreza: diversidades e resistências*. (p. 45-65). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.
- Siqueira, M.M.M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>.
- Soares, S., Souza, L. de, Silva, W., Silveira, F. G., & Campos, A. (2016). *Perfil da pobreza: Norte e Nordeste rurais*. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG). Recuperado de
http://www.ipc-undp.org/pub/port/Perfil_da_pobreza_Norte_e_Nordeste_rurais.pdf
- Soares, A.J. & Pereira, M.G. (2014). Suporte Social em cuidadores informais de dependentes de substâncias. *Interamerican Journal of Psychology*, 48 (1), 82-97. doi: <http://dx.doi.org/10.30849/rip/ijp.v48i1.248>
- Souza, P.H.G.F., & Osório, R.G. (2013). O perfil da pobreza no Brasil e suas mudanças entre 2003 e 2011. In T. Campello, & M.C., Neri (Orgs.) *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. (pp. 139-156). Brasília: Ipea.
- Valla, V. (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 4 (7), 37-56.
- Ximenes, V., Cidade, E., & Nepomuceno, B. (2016). Psicología comunitaria y expresiones psicosociales de la pobreza: contribuciones para la intervención en políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14 (4), 1411-1424. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.pcep>
- Zanello, W. (2016). Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. In M. Dimenstein et al. (Org.). *Condições de vida e saúde mental em contexto rural*. (pp. 223-246). São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPQ; Natal: UFRN, Teresina: UFPI.
- Yazbek, M.C. (2012) Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serviço Social e Sociedade*, 110, 288-322. doi: 10.1590/S0101-66282012000200005