

# Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro

Lifestyle, Mental Health and Gender Conditions in Rural Contexts:  
A Study within Agraria Reform Settlements of Northeastern Brazil

Condiciones de vida, salud mental y género en contextos rurales: un estudio  
a partir de asentamientos de reforma agraria del Nordeste brasileiro

Jader Ferreira Leite\*, Magda Dimenstein\*, Candida Bezerra Dantas\*, Eliane Lucas Silva\*,  
João Paulo Sales Macedo\*\*, Adrielly Pereira de Sousa\*\*

\*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, \*\*Universidade Federal do Piauí

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>

## Resumo

Objetivou-se investigar a incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em assentamentos rurais dos estados do Rio Grande do Norte e Piauí, bem como as implicações das condicionalidades de gênero na produção de sofrimento, junto a homens e mulheres acima de 18 anos. Os procedimentos metodológicos adotados foram: aplicação de um Questionário Sócio-demográfico e Ambiental e do *SRQ-20*, bem como entrevistas semiestruturadas. Os resultados destacam a maior incidência de TMC em mulheres e relacionam presença de TMC a menor renda e baixa escolaridade. Para as mulheres o sofrimento mental está associado à sobrecarga de trabalho doméstico, violência de gênero e estressores do cotidiano e para os homens destacam-se a

sobrecarga do trabalho na agricultura, aparecimento de doenças e perda da vitalidade física. Cumpre destacar que a incidência de TMC se apresenta a partir de determinantes tais como desigualdade social, problemas de acesso às políticas de educação e saúde e aos modos de subjetivação em torno das relações de gênero.

*Palavras-chaves:* Transtornos mentais comuns, gênero, assentamentos rurais.

## Abstract

This study aims to investigate the rate of Common Mental Disorders (CMD) in rural settlements in the States of Rio Grande do Norte and Piauí, as well as the implications of conditions related to gender in producing suffering, of men and women older than 18 years

\* Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Correio eletrônico: [jaderfleite@gmail.com](mailto:jaderfleite@gmail.com)

\*\* Universidade Federal do Piauí.

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

of age. The methods adopted in this study were: the application of a Socio-demographic and Environmental Questionnaire, and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), as well as semi-structured interviews. The results highlight that the highest rates of CMD are among women, and attribute the presence of CMD to low income and lack of education. For women, mental anguish is related to an overload of domestic chores, gender violence and daily stressors, and for men, results highlight being overworked in their agricultural jobs, and the appearance of illnesses related to the loss of vitality, and physical stamina. It is significant to note that the incidence of CMD appear based on determiners such as social inequality, problems with access to health and education policies, and forms of subjectivity with regard to gender relations.

*Keywords:* common mental disorders, gender, rural settlements.

## Resumen

Se tuvo como objetivo investigar la incidencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC) en asentamientos rurales de los estados de Río Grande do Norte y Piauí, así como las implicaciones de las condicionalidades de género en la producción de sufrimiento, junto con hombres y mujeres mayores de 18 años. Los procedimientos metodológicos adoptados fueron: aplicación de un Cuestionario Sociodemográfico y Ambiental y del SRQ-20, así como entrevistas semiestructuradas. Los resultados destacan la mayor incidencia de TMC en mujeres y relacionan la presencia de TMC a menor renta y baja escolaridad. Para las mujeres, el sufrimiento mental está asociado con la sobrecarga de trabajo doméstico, violencia de género y estresores de lo cotidiano; y para los hombres se destacan la sobrecarga del trabajo en la agricultura, aparición de enfermedades y pérdida de la vitalidad física. Debe tenerse en cuenta que la incidencia de TMC se presenta a partir de determinantes tales como desigualdad social, problemas de acceso a las políticas de educación y salud y a los modos de subjetivación en torno a las relaciones de género.

*Palabras clave:* Trastornos mentales comunes, género, asentamientos rurales

## Introdução

A saúde mental está no cerne do debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde, uma vez que os transtornos mentais apresentam atualmente uma das maiores cargas de morbidade, impactando de forma significativa o cotidiano dos indivíduos e familiares, culminando em dificuldades sociais e econômicas na sociedade como um todo. Além disso, há uma relação desproporcional entre quem está em sofrimento mental e quem recebe cuidados e tratamento (Organização Mundial de Saúde, 2009a).

De acordo com Alves e Rodrigues (2010), há importantes elementos na definição dos determinantes sociais da saúde mental, a saber: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, exclusão social e estigma e acontecimentos de vida estressantes. Tendo em vista esses elementos, os autores defendem a necessidade de avaliações em saúde mental que contemplem a comunidade, a família, as faixas geracionais e os grupos de maior vulnerabilidade através de trabalho intersetorial. Assim, a literatura aproxima a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) à condições socioeconômicas de determinados grupos humanos (Vidal et al., 2014; Aquino, Nicolau & Pinheiro, 2011).

Em razão disso, há inúmeros estudos voltados para o rastreamento dos TMC, terminologia vastamente utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada (Pinho & Araújo, 2012; Costa & Ludermir, 2005), cujos principais sintomas são: insônia, fadiga, queixas somáticas, dificuldade de concentração que produzem grande sofrimento e incapacidade funcional, assim como os quadros

crônicos. Os chamados TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente através de queixas de ansiedade e depressão, demonstrado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço.

O presente estudo parte da discussão de gênero no intuito de problematizar como essa categoria comparece na mediação dos processos saúde-doença. Assim, entende-se que “(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995, p. 86). Essa perspectiva permite pensar as identidades, os sujeitos e as subjetividades não como realidades substancializadas, psicologizadas, mas a partir da construção de experiências subjetivas mediante contextos sociais, culturais e políticos específicos. Cabe, aqui, pensar em processos de subjetivação e não em sujeitos como realidade em si.

Tomando a saúde mental em uma perspectiva de gênero, entende-se que homens e mulheres vão vivê-la de forma diferenciada, pautando-se em grande medida pelos modelos socioculturais que conformam suas subjetividades, com destaque para os modos de produção e expressão de sofrimento (Zanello, Fiuza & Costa, 2015). Sobre isso, a literatura aponta que as mulheres são mais acometidas que os homens em decorrência de inúmeros fatores, tais como: cuidado com os filhos, elevada carga laboral, baixa gratificação e falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico (Pinho & Araújo, 2012; Ludermir, 2005).

Conforme Carlotto, Amazarray, Chinazzo e Taborda (2011), há uma forte correlação entre TMC e gênero e nesse aspecto as mulheres são mais vulneráveis que os homens. Em seu estudo, as mulheres apresentaram uma prevalência de 20,3% e os homens 10%. Essa maior expressão de adoecimento nas mulheres está associada às diferenças de gênero, sobretudo, ao fato da mulher ter que conciliar trabalho e responsabilidades com o lar,

às exigências do mercado de trabalho, bem como aos baixos salários, enquanto os homens ainda ocupam posições superiores e mais valorizadas.

O alto índice de violência<sup>1</sup> é outro fator para a incidência de transtornos mentais nas mulheres. Barbosa (2013) destaca, em seus estudos sobre mulheres em situação de violência no município de Natal/RN, que muitas delas apresentam transtornos de ansiedade, depressão e síndrome do pânico, em decorrência da violência em que se encontram. Contudo, destaca que não há atendimento adequado às necessidades das mulheres, nem reconhecimento de que parte desses sintomas estão associados a um quadro de violência de gênero. Associado a isso, destaca-se o alto consumo de medicamentos psicotrópicos.

Em termos de expressão do adoecimento, no processo de socialização, as mulheres são estimuladas a internalizar as aflições, contribuindo para o surgimento de problemas como depressão, ansiedade e ideação suicida. Por outro lado, os homens são incentivados a colocar em atos suas aflições, estresse, podendo estar mais associados a comportamentos antissociais, uso de substâncias e suicídio. Nesse sentido, as formas de expressão do adoecimento estão relacionadas aos papéis de gênero, tendo em vista que, tanto para o gênero feminino quanto para o masculino, certos comportamentos são mais aceitos pela sociedade (Rabasquinho & Ribeiro, 2007).

Ao direcionarmos a atenção para a prevalência de TMC em populações rurais, é notória a escassez de investigações. Poucos estudos se debruçam sobre essa realidade (Faria, Facchini, Fassa & Tomasi, 1999; Costa & Ludemir, 2005; Costa, 2014) que evidencia particularidades socioambientais, econômicas e culturais e, por sua vez,

<sup>1</sup> Em comparação internacional, o Brasil ocupava a sétima posição no contexto de 84 países em termos de homicídios femininos entre 2006 e 2010, apresentando taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres (Waiselfisz, 2011).

têm impactos variados sobre a saúde mental das populações habitantes desses contextos.

Diante disso, objetivamos no presente estudo: (a) investigar a incidência de TMC em assentamentos rurais dos estados do Rio Grande do Norte (RN) e Piauí (PI), junto a homens e mulheres acima de 18 anos; (b) analisar, por meio das narrativas relativas ao sofrimento psíquico, as implicações das condicionalidades de gênero na produção de sofrimento em homens e mulheres, bem como das vulnerabilidades psicossociais dos territórios, da oferta de apoio social e acesso aos serviços de saúde.

### Procedimentos metodológicos

O processo de coleta de dados se deu em nove assentamentos dos estados do Rio Grande do Norte (RN) e do Piauí (PI). Ambos os estados se localizam na região nordeste do Brasil, que compreende a maior área de clima semiárido do país, vivendo assim extensos períodos de estiagem. Historicamente, o nordeste brasileiro apresenta-se como uma região de profundas desigualdades sociais, econômicas e políticas, refletidas nos índices inferiores de educação, saúde, renda e acesso a bens e serviços em relação às demais regiões. Esses assentamentos foram definidos em função de maior tempo de criação, maior número de famílias e de modo a atender as mesorregiões de ambos os estados.

O primeiro instrumento aplicado junto às famílias foi o Questionário Sócio-Demográfico-Ambiental (QSDA), organizado em torno dos dados de renda, instrução, ocupação, quantidade de pessoas nas famílias, religião, infraestrutura, condições de saúde, acesso à políticas públicas e organização política. Posteriormente, utilizamos o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para rastreamento da incidência de TMC junto aos moradores e moradoras com idade a partir de 18 anos. O SRQ-20 é um questionário validado e recomendado pela OMS

para estudos comunitários e na atenção primária a saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento. É composto por vinte perguntas, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não); não inclui questões sobre sintomas psicóticos, nem sobre o consumo de álcool e outras drogas. Nessa pesquisa foi adotado o ponto de corte de 07 ou mais respostas positivas como indicativo de TMC, tomando como referência o estudo de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) para validação do instrumento.

Os participantes que atingiram o ponto de corte no SRQ-20 foram convidados a responder entrevista semiestruturada com o intuito de explorar alguns aspectos psicossociais associados à incidência de TMC. O roteiro de entrevista foi estruturado em torno dos seguintes eixos: histórico e problemas relacionados ao bem-estar emocional; dinâmica familiar; contexto comunitário; características do trabalho; condições de vida e dispositivos formais e informais de saúde utilizados.

Para análise dos dados quantitativos referentes aos resultados do QSDA e do SRQ-20, utilizamos o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 20. A partir do SPSS, realizamos análise descritiva dos dados, onde foi utilizada frequência absoluta, relativa e mediana (valor mínimo e máximo), bem como o teste do  $\chi^2$ . Em relação às análises dos dados qualitativos realizamos: (1) transcrição integral das entrevistas; (2) categorização dos conteúdos de acordo com os eixos de análise; (3) discussão acerca das categorias sínteses de análise; e (4) elaboração final dos mapas referentes ao SRQ-20 (Spink et al., 2014). Tais categorias levantadas foram: reconhecimento do problema, busca e avaliação do tipo de ajuda, fator disparador, tipos de recursos, apoio social e relação com serviços de saúde. Todos os participantes aceitaram voluntariamente participar do estudo, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Transtornos Mentais Comuns: posicionando homens e mulheres

De acordo com os dados coletados em nove assentamentos do RN, um total de 800 pessoas acima de 18 anos responderam o SRQ-20. A tabela 1, referente ao RN, aponta 368 homens respondentes em que 30 atingiram o ponto de corte, indicando TMC. Das 431 mulheres respondentes, 95 atingiram o ponto de corte, sugerindo a presença de TMC. No Estado do PI, tabela 2, foram seis assentamentos pesquisados, com um total de 1212 pessoas respondentes ao SRQ-20. Nesse Estado, dos 389 homens respondentes, 28 atingiram o ponto de corte. Das 823 mulheres, 162 atingiram o ponto de corte. O percentual de participantes acima do ponto de corte em ambos os estados foi um pouco acima dos 15%.

Além do maior percentual de mulheres em ambos os estados, identificamos que a faixa etária

predominante é de 30 a 49 anos, que o ensino fundamental incompleto é o nível de escolaridade que mais se destaca, acrescido do fato de que as pessoas casadas também estão entre aquelas que mais pontuaram na ferramenta, bem como os que ganham até um salário mínimo no RN e meio salário mínimo no PI. Esses resultados aproximam-se do perfil encontrado em alguns estudos brasileiros (Araújo, Pinho & Almeida, 2005; Carlotto et al., 2011; Costa & Ludermir, 2005).

Considerando a faixa etária, estudos como o de Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César (2006) destacam a maior incidência de TMC na faixa etária acima de 30 anos, cuja população se encontra mais exposta a eventos estressores, à redução da rede de apoio social e conflitos de papéis, em especial entre as mulheres.

Acerca das dimensões do SRQ-20, as mulheres do RN pontuaram mais na dimensão sintomas somáticos (70,92%) e na dimensão humor

Tabela 1  
Resultado do SRQ-20 no estado do Rio Grande do Norte

Sexo	SRQ-20 RN					
	Abaixo do ponto de corte (0 a 6)		Acima do ponto de corte (7 a 20)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Masculino</b>	339	50,22	30	24	369	46,12
<b>Feminino</b>	336	49,78	95	76	431	53,88
<b>Total</b>	<b>675</b>	<b>84,38 %</b>	<b>125</b>	<b>15,62 %</b>	<b>800</b>	<b>100 %</b>

Tabela 2  
Resultado do SRQ-20 no estado do Piauí

Sexo	SRQ-20 PI					
	Abaixo do ponto de corte (0 a 6)		Acima do ponto de corte (7 a 20)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Masculino</b>	361	35,32	28	14,73	389	32,09
<b>Feminino</b>	661	64,78	162	85,37	823	67,91
<b>Total</b>	<b>1022</b>	<b>84,32 %</b>	<b>190</b>	<b>15,67 %</b>	<b>1212</b>	<b>100 %</b>

depressivo ansioso (63,72%), ao passo que os homens pontuaram mais na dimensão sintomas somáticos (53,53%) e decréscimo de energia vital (46,73%). No cenário piauiense, as dimensões humor depressivo/ansioso (52,3% para mulheres e 56,8% para homens) e pensamentos depressivos (55,4% para mulheres e 68,4% para homens), se destacaram para ambos os sexos. Somente as dimensões decréscimo de energia vital (53,9%) e sintomas somáticos (38,5%) tiveram pontuação maior para os homens do PI.

Conforme Santos e Siqueira (2010), a depressão e os transtornos de ansiedade afetam principalmente as mulheres. Já os homens apresentam mais transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Portanto, verifica-se que os resultados referentes às dimensões mapeadas pelo instrumento no RN revelam uma situação similar ao que se encontra na literatura, especialmente quando tomamos os resultados das entrevistas realizadas. Contudo, os dados do PI revelam uma diferença, tendo em vista que tanto os homens quanto as mulheres, apresentam índices similares na dimensão humor depressivo/ansioso.

No que se refere à incidência de TMC nos contextos pesquisados, no RN os assentamentos A (37,9%) e B (24,4%) foram os que mais pontuaram, ficando acima da média geral dos assentamentos do RN e PI (15,6%). Em contrapartida, o assentamento C (RN) foi o que apresentou menores índices de TMC (8,7%). No PI não houve uma diferença significativa entre os assentamentos, destacando-se o D (18%), E (17,3%) e F (17,2%). O assentamento G registrou o menor índice de TMC (5,2%). Esse percentual mais elevado nesses assentamentos específicos pode estar associado às diversas vulnerabilidades presentes nos territórios, como por exemplo, a ocorrência de períodos de seca e estiagem, que dificultam o trabalho na agricultura, contribuindo pela busca de atividades para complementação de renda. Tendo em vista essa realidade, em A, muitos assentados e assentadas passam a semana trabalhando na capital e só

retornam nos finais de semana, já que o assentamento fica distante da cidade, com pouca opção de transportes públicos, impossibilitando a realização do percurso todo dia. Além disso, a degradação ambiental causada pelo longo período de monocultura, impede o cultivo de novas plantações e, conseqüentemente, contribui para a pouca produção agrícola. Por outro lado, os assentamentos que tiveram menores índices apontam uma maior renda familiar e melhores resultados em termos de escolarização.

No RN, 20% dos participantes (n = 25), que pontuaram acima do ponto de corte, possuem renda familiar entre um e dois salários mínimos. Esse número cresce consideravelmente para 60 (48%) quando se refere às pessoas de renda familiar de até um salário mínimo. No assentamento A e B, as famílias, em sua maioria, vivem com apenas um salário mínimo, enquanto as famílias do assentamento C, assentamento com menor incidência de TMC (8,7%), vivem com renda entre um e dois salários mínimo. Os assentamentos mais problemáticos sobrevivem da agricultura familiar, prestação de serviços e dos programas de transferência de renda como o Bolsa Família, com significativa parcela de contribuição da aposentadoria no assentamento B.

No caso do PI, enquanto no assentamento F 60% dos participantes, que atingiu o ponto de corte, apresentam renda familiar entre um e dois salários mínimos, nos assentamentos D (46,7%) e E (66,7%), a renda familiar é de até meio salário mínimo. Nesse assentamento, as principais fontes de renda advêm da agricultura familiar, dos programas de transferência de renda, da aposentadoria e da prestação de serviços. Em contrapartida, o assentamento menos problemático, G, tem a aposentadoria como principal fonte de renda.

No que tange à escolaridade, a população geral dos assentamentos do RN apresentou a média de não alfabetizados de 18,8%, mas quando focamos nas pessoas que ficaram acima do ponto

de corte no SRQ-20, esse percentual se eleva para 27 % em A e 45,5 % em B. Já no estado do PI, a população geral apresentou um percentual de 23,3 % de não alfabetizados, e quando nos reportamos às pessoas que ficaram acima do ponto de corte no SRQ-20, esse percentual é de 20 % em F, 15,4 % em E e 24,24 % em D.

Além disso, foi apontado nas entrevistas que não houve investimento adequado dos recursos que os moradores tiveram acesso, como o crédito instalação para construção das casas e de infraestrutura básica. Detectamos que alguns desses assentamentos apresentam dificuldades quanto à água tratada, alimentação adequada, oferta de serviços de saúde, educação, segurança pública, políticas de crédito rural etc. Nesse sentido, é notável a associação dos transtornos mentais comuns com as condições de vida dos assentados e seu agravamento em áreas mais vulneráveis.

Estudo realizado por Costa (2014) com mulheres de um assentamento rural do nordeste brasileiro acerca da prevalência de TMC, encontrou dados semelhantes e destacou que os principais fatores de risco à saúde física e mental verificados na população estudada foram a pobreza, o casamento, a sobrecarga de trabalho e a violência, em especial a violência doméstica e sexual. Além disso, verificou-se que a baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho viabilizam situações de estresse, contribuindo para a produção dos TMC.

No que diz respeito ao fator gênero, faz-se necessário ressaltar que as iniquidades de gênero contribuem para o agravamento dos problemas de saúde das mulheres, tendo em vista que impactam na distribuição de renda, no acesso à educação, bem como aos serviços de saúde, sendo que esses fatores são fortemente associados à saúde precária e à produção de sofrimento (OMS, 2009b).

### **Condicionalidades de gênero e vulnerabilidades psicossociais na produção de sofrimento entre homens e mulheres**

A seguir, será apresentada a discussão das categorias de análise elaboradas a partir da leitura e compreensão exaustiva das entrevistas realizadas com os respondentes do SRQ-20 que apresentaram indicativo de TMC. Objetivamos identificar, bem como relacionar as condicionalidades de gênero na produção de sofrimento entre homens e mulheres, considerando que estes sofrem de forma diferente e também associam seu sofrimento a fatores que estão relacionados às suas condições e histórias de vida.

No momento em que os entrevistados e entrevistadas reconheceram que os sintomas rastreados no instrumento SR-20 apontavam para um problema, surgiram motivos variados, indo desde o histórico de transtorno mental na família, solidão e insatisfação com a vida, medo generalizado, ideação suicida e tentativa de suicídio, doença incapacitante, uso de bebida alcoólica, isolamento, até aspectos mais amplos, como a questão da falta de espaços de convivência e lazer, a migração e falta de suporte social nos assentamentos de reforma agrária.

#### **Sofrimento mental entre as mulheres**

Em relação às entrevistas realizadas com as mulheres, foi possível estabelecer uma categorização em torno de três principais dimensões: sobrecarga do trabalho doméstico, violência de gênero e estressores cotidianos.

O primeiro elemento que se destaca é a sobrecarga do trabalho doméstico, a qual foi associada ao surgimento de sofrimento mental por muitas mulheres entrevistadas, tendo em vista que esse trabalho é caracterizado pela dupla jornada, uma vez que se desdobram para cuidar do marido, dos

filhos, da casa, bem como do roçado. A persistência dessas tensões no cotidiano pode acarretar uma cristalização do sofrimento, aspecto que foi observado nas mulheres na maioria dos assentamentos. Além disso, as donas de casa relatam que o dia-a-dia é repetitivo, cansativo, estressante, já que elas são responsáveis em grande parte pela organização familiar. Embora as mulheres realizem tarefas necessárias para a sobrevivência e bem-estar dos familiares, não são reconhecidas socialmente, justamente pelo fato das atividades domésticas não serem vistas como trabalho, produzindo uma importante invisibilidade laboral (Melo & Di Sabbato, 2006).

O estudo de Pinho e Araújo (2012) também constatou que as mulheres com filhos apresentam uma sobrecarga de trabalho alta, comparado às mulheres que não possuem filhos. Esse fator de significância varia de acordo com os números de filhos: 35% para mulheres com até dois filhos e 45,8% com três ou quatro filhos. Em nosso estudo, essa realidade se verificou nos assentamentos, já que a maioria das famílias possuem mais de dois filhos. Uma das mulheres entrevistadas, ao ser questionada quanto aos motivos associados ao seu estado de mal-estar, resume:

Sei lá, através dos filhos mesmo, sabe? Me estresso muito, só quando eu chego do trabalho, muita coisa pra fazer, eu fico estressada porque deixo uma coisa pros filhos fazer e não faz, aí aquilo já me deixa nervosa, estressada, sabe? Me dá muita dor de cabeça, dor de cabeça forte e eu fico por ali, tanto faz a gente dizer aos filhos que eles não quer entender, aí vem o marido também que faz a mulher ficar estressada, aí eu acho que tudo isso é a base da convivência do dia-a-dia, né? (M., 43 anos, assentamento H/RN).

Nesse sentido, as mulheres associam o sofrimento à elevada carga de trabalho doméstico e, apesar de algumas estarem inseridas no mercado de trabalho, ainda realizam as atividades do lar, configurando uma dupla jornada de trabalho. Esse cenário se agrava pela sobrecarga de trabalho no

campo que envolve não só atividades no roçado, mas também a criação de pequenos animais, o cultivo de hortaliças, produção de doces, artesanato, além de algumas atividades não agrícolas para a complementação da renda familiar, como pequenos comércios (venda de roupas, cosméticos, alimentos industrializados, acessórios, etc.). Por outro lado, o trabalho no roçado e o artesanato são vistos, por algumas mulheres, como uma forma de se distrair, de sair do contexto estressante da casa, utilizando-o como uma forma de lidar com os problemas na família, com os filhos e marido. Nesse sentido, a atividade laboral apresenta uma dupla função, tendo em vista que pode atuar tanto como fator de adoecimento quanto de proteção.

O segundo aspecto destacado pelas mulheres trata-se da violência de gênero sofrida, em especial, no contexto familiar. Nesse sentido, constitui uma das causas de sofrimento que, muitas vezes, é vivida por anos seguidos sem o reconhecimento de que se trata de uma situação de violência. Dessa forma, o sofrimento é cronicado, tendo em vista que, segundo Scott, Rodrigues e Saraiva (2010), no meio rural as mulheres vivenciam uma violência silenciada, naturalizada, com muito mais intensidade que as mulheres da área urbana. No que se refere à presença de violência de gênero verificado nas entrevistas, no RN e no PI, houve relatos de violência física, verbal, bem como psicológica. No que se refere à busca de ajuda para lidar com essa situação, as mulheres buscam recursos diversos como apoio de familiares (mãe, amigos), igreja e da mesma maneira procuram resolver a situação de violência por diferentes caminhos, como a separação do companheiro, e até esperar que o companheiro mude, tendo em vista que o mesmo só tem comportamentos agressivos quando faz uso de bebida alcoólica ou não acreditam que possam encontrar resolutividade nos serviços, mas sim na religiosidade.

Exemplificando essa situação, uma das entrevistadas relatou que sofria violência há alguns anos, especialmente nos momentos em que o marido faz



uso de bebida alcoólica. Nesse caso, justifica-se a violência e o desrespeito contra a mulher em decorrência do uso de álcool, deslegitimando esses atos como violência de gênero (Costa, 2012). Além disso, essa violência impacta os familiares da vítima e do agressor, ou seja, o sofrimento atinge as pessoas em seu entorno, por conseguinte, a rede social da mulher pode vir a se fragilizar e aumentar a possibilidade de isolamento da vítima e as barreiras para romper esse ciclo.

A violência de gênero ocorre motivada pelas expressões de desigualdades no âmbito familiar, por um modelo historicamente hierárquico e que forma a base cultural de nossa sociedade patriarcal (Bandeira, 2014). Portanto, para compreender os desdobramentos desse tipo de violência, deve-se considerar as peculiaridades do contexto rural, os atravessamentos de sua construção sociocultural que definem os modos de relação entre homens e mulheres (Costa, Lopes & Soares, 2015). Assim, no meio rural esse aspecto é mais acentuado, uma vez que as próprias mulheres internalizam esse papel de subserviência, além disso há poucas possibilidades de subversão do feminino (Melo & Di Sabbato, 2006).

No que se diz respeito à violência e seus efeitos na saúde mental, a mesma revela-se de forma expressiva e constitui uma preocupação para diversos setores, em especial, para o setor saúde, tendo em vista que os problemas de saúde decorrentes são diversos, tais como: depressão, transtorno pós-traumático, ansiedade, dores de cabeça crônicas, traumatismo neurológico, doenças sexualmente transmissíveis, etc. Diante dessa realidade, é evidente que os profissionais de saúde não estão qualificados, uma vez que há dificuldades em identificar a violência por trás dos sintomas (Oliveira & Jorge, 2007).

O terceiro aspecto destaca algumas associações, feitas pelas mulheres, entre a incidência de TMC e estressores cotidianos como, por exemplo, morte de parente próximo, migração de filhos e esposos para grandes centros urbanos ou outras áreas rurais

em busca de trabalho, problemas graves de saúde, internação hospitalar, problemas de saúde (pessoal e de familiares), gravidez e nascimento dos filhos, perdas e rompimentos afetivos, criminalidade (assalto ou roubo) e violência (sexual, abuso), vulnerabilidade (dificuldades financeiras, desemprego). Esses estressores foram apontados como causa de enxaquecas, depressão, insônia, falta de apetite, nervosismo, medo, preocupação, etc.

Para lidar com os diversos fatores associados ao sofrimento mental, agravados pelas diversas vulnerabilidades psicossociais do contexto dos assentamentos, as mulheres recorrem à diversas medidas e estratégias como, por exemplo, uso de psicotrópicos, apoio de familiares, à religiosidade, bem como ao trabalho remunerado. Esses fatores protetivos e de suporte foram apontados no estudo de Costa (2014) com uma população semelhante. Poucas mulheres recorrem aos serviços de saúde para relatar o sofrimento vivenciado, procuram mais a Unidade Básica de Saúde quando precisam lidar com alguma doença física. Por outro lado, as mulheres que relatam ao médico que estão com sintomas depressivos recebem, como tratamento, a prescrição de psicotrópicos e, algumas vezes, são encaminhadas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município ou da região mais próxima. Contudo, não há continuidade do cuidado. É importante assinalar que o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos pode contribuir para o não desenvolvimento de outros modos de cuidado (Araújo, Nepomuceno, Figueiró & Mello, 2013). Nesse sentido, muitas usuárias são orientadas pelos serviços de saúde a fazer uso de tal medicação sem uma avaliação mais ampla das demandas apresentadas por elas. Por conseguinte, consideram o atendimento recebido dotado de falta de comprometimento dos profissionais e, conseqüentemente, da resolutividade do problema.

Diante do exposto, é necessário esclarecer que a Atenção Primária de Saúde (APS) assumiu o papel de porta de entrada do sistema de saúde, entendendo a saúde como produção social, considerando

determinantes socioeconômicos no processo saúde-doença, bem como a participação ativa da comunidade na tomada de decisões pertinentes ao desenvolvimento do território (Dimenstein, Lima & Macedo, 2013). Além disso, a saúde mental foi integralizada à APS, ou seja, esta tornou-se responsável pelo acolhimento de pessoas em sofrimento mental, bem como da continuidade do cuidado. No entanto, verificamos através dos relatos dos assentados e assentadas que, nesses contextos, as estratégias de promoção em saúde mental não são efetivadas e ainda baseiam o cuidado numa única linha de cuidado: a da medicalização.

Nesse sentido, para realizar os cuidados primários em saúde mental é necessário estabelecer algumas estratégias como, por exemplo, suporte às equipes da APS, mapeamento dos casos de transtornos mentais no território, acompanhamento dos pacientes que fazem uso de medicamentos, estabelecer um sistema de apoio comunitário, bem como articulação com a rede especializada em saúde mental (Dimenstein, Lima & Macedo, 2013). No contexto dos assentamentos, essas estratégias ainda são frágeis, ficando explícitas as dificuldades técnicas e afetivas dos profissionais de saúde em lidar com questões de saúde mental.

No que se refere ao apoio social, segundo Griep (2003), este apresenta uma dimensão qualitativa da rede social, ou seja, é um sistema constituído por relações formais e informais, por meio do qual o indivíduo recebe apoio emocional, cognitivo e material para enfrentar situações desencadeadoras de estresse e sofrimento. Dessa forma, vemos que o apoio social possui um papel imprescindível no processo saúde-doença desses indivíduos, em muitos momentos atua de forma a contornar a possibilidade do adoecimento, advindos de determinados eventos de vida (Pietrukowicz, 2001). Nesse sentido, Costa e Ludermir (2005) destacam que o apoio social possui uma função protetiva contra a prevalência de TMC, tendo em vista que as interações com familiares e vizinhos, bem como

profissionais de saúde, contribuem para o bem-estar dos indivíduos.

No contexto dos assentamentos, o apoio social é muito restrito. Isso fica explícito nos relatos – tanto homens quanto mulheres – ao destacarem que a comunidade não é solidária com indivíduos que estão em sofrimento mental, tratando-os de forma preconceituosa ou com indiferença. Diante do exposto, compreendemos que essa fragilização dos laços de confiança e solidariedade estão intrinsecamente relacionados aos modos de subjetivação da contemporaneidade, os quais são caracterizados pelo individualismo exacerbado, pelo hedonismo que culmina na constituição de relações inconsistentes, solúveis e, embora as relações familiares, comunitárias possuam considerável importância na produção subjetiva, o seu papel vêm se tornando mais fragilizado (Passos, 2007).

Ao não encontrarem o apoio de familiares ou amigos, buscam a religiosidade. Esta se destaca por ofertar uma rede de apoio e suporte social que se mostra eficiente do ponto de vista do cuidado, quando comparada aos serviços de saúde (Santos, 2006). Nos últimos anos, vê-se um crescimento da adesão religiosa, especialmente as neopentecostais. Nesse contexto contemporâneo, as igrejas se tornaram o lugar em que se oferta a possibilidade de explicação para as intempéries da vida, bem como o de dar espaço para a expressão de sentimentos como tristeza e dor. Dessa forma, a religiosidade se baseia no estilo de vida de cada pessoa, pausando-se nas subjetividades individuais e por isso justifica-se a existência de diversas igrejas que atendem as mais variadas necessidades dos sujeitos. Portanto, as pessoas se sentem acolhidas como são, sentem-se pertencente a um grupo e, conseqüentemente, mais seguras.

### **Sofrimento mental entre os homens**

No que diz respeito às entrevistas realizadas junto aos homens, o processo de categorização permitiu assinalar dois pontos: sobrecarga do trabalho

na agricultura, aparecimento de doenças e perda da vitalidade física.

A sobrecarga do trabalho na agricultura foi uma das questões mais enfatizadas nas entrevistas. Relatam que esse trabalho é pesado, cansativo, tendo em vista que inicia sua jornada logo cedo com o nascer do sol, e só volta para casa após este se pôr, ou seja, uma jornada de até 10 horas de trabalho por dia. Além disso, muitos possuem dificuldades de encontrar satisfação em suas tarefas desempenhadas. Como nos contextos pesquisados o trabalho na agricultura familiar se caracteriza pela sazonalidade e sofre efeito das mudanças climáticas, muitos entrevistados relataram a necessidade de procurar outra atividade como forma de complementação de renda, no entanto, esbarram em algumas fragilidades, tais como baixa escolaridade.

O trabalho na agricultura, nas condições apontadas, apresenta alta carga de insegurança e é realizado em precárias condições. Em alguns lugares investigados, como no assentamento I, que se localiza em reserva extrativista do PI, foram as atividades da pesca e a extração do caranguejo as identificadas como responsáveis pelo sofrimento psíquico dos homens, principalmente em função das duras condições em que são realizadas. Esses aspectos foram também apontados em um estudo realizado por Rosa e Mattos (2010), com objetivo de conhecer e discutir os riscos e a saúde dos pescadores e catadores de caranguejos, onde se observou a alta informalidade e baixa proteção e garantia trabalhistas. Diante das dificuldades laborais os autores verificaram uma baixa autoestima entre os entrevistados e a necessidade de um equilíbrio emocional para execução do trabalho, por passarem muitas noites sem companhia em alto-mar.

O segundo aspecto é o surgimento de doenças e perda da vitalidade física, o qual é ressaltado pelos homens entrevistados como uma das causas para o afastamento do trabalho, bem como o surgimento de sentimentos de inutilidade, por depender dos cuidados de familiares. Tais aspectos explicitam a dificuldade de cuidar de si mesmo, decorrente

de problemas cardiovasculares e do próprio envelhecimento, potencializando o processo de adoecimento, tendo em vista que o homem do campo tem sua identidade muito ligada ao trabalho na agricultura, exercendo um papel ativo diante da família e da comunidade. No entanto, quando não se pode mais exercer seu papel, ocorre uma reconfiguração deste, o qual é engendrado por representações negativas, tendo em vista que a doença, a fraqueza, a incapacidade são aspectos associados ao feminino, uma vez que os cuidados com o corpo são delegados à mulher (Nardi, 1998). Nesse sentido, as habilidades e a capacidade para o trabalho, especialmente, o pesado, que exige força física, são aspectos importantes ao “*ethos masculino*” (Nardi, 1998) no que se refere aos trabalhadores braçais. Os homens têm o espaço público como o local em que podem realizar seu papel de chefe de família, de provedor. Em sua oposição está o espaço privado, que diz respeito às funções do feminino.

Com o processo de envelhecimento, sua capacidade laboral diminui, especialmente para atividades que exigem força física e exposição às intempéries climáticas, causando afastamento do trabalho. Por conseguinte, implica a vivência de impotência, bem como sentimento de vergonha (Nardi, 1998). Alguns homens reclamam pelo fato desse afastamento causar certa ociosidade e um sentimento de inutilidade, tendo em vista que, por longos anos, se reconheciam como provedores da família.

Diante desse cenário de mudanças físicas e mentais, os homens conseguem modificar, de forma parcial, sua situação mediante aposentadoria garantindo, assim, certa segurança para suprimento de suas necessidades principais. Apesar das doenças, da falta de vitalidade física, os aposentados ou pessoas que recebem benefícios do governo, fazem questão de se manterem de alguma forma ativos, passando a cuidar de hortaliças no quintal, criação de animais de pequeno porte, realizando um trabalho mais leve, mas que ainda lhe configura a identidade de trabalhador rural, tendo em

vista o sentido contemporâneo dado ao trabalho, o qual faz oposição ao ócio. A aposentadoria é encarada como indicativo de segurança financeira constante, já que em algumas famílias o valor recebido é maior do que sua renda anterior. Além disso, a figura dos idosos participativos, ativos, vem ocupando o lugar da representação social do idoso inativo, tendo em vista que, agora com a aposentadoria, ele passa a subsidiar as despesas domésticas e suprir as necessidades da família (Cockell, 2014).

Alguns entrevistados relataram que não consideram um problema o que estão vivenciando, embora tenham apresentado indicativo de TMC. Justificam que não concordam com o resultado porque o que sentem não atrapalha a vida, ou seja, conseguem realizar suas atividades do cotidiano. Compreendem que o sofrimento é natural, faz parte da vida, portanto, não pode ser considerado um problema. Aqui observamos que a questão do homem se perceber como invulnerável, viril, forte, como apontado por Couto et al. (2010), pode estar contribuindo para a não concordância com os sintomas de transtornos mentais comuns. Por outro lado, compreendemos que a concepção do processo saúde/doença é entendida a partir do contexto sociocultural, ou seja, diferentes contextos e épocas entendem o processo saúde/doença de diferentes formas. Além disso, os aspectos individuais e locais também influenciam na compreensão desse processo (Morais, 2012). Nesse sentido, percebe-se que os entrevistados entendem o processo saúde/doença não como ausência de doença, mas sim como a presença de bem-estar.

Um fator elencado pelos homens que interfere nesse bem-estar, trata-se da escolaridade. Alguns jovens declararam que o fato de possuir um baixo nível de escolaridade dificulta a inserção no mercado de trabalho, bem como o acesso a melhores empregos, impactando no aumento das barreiras de acesso a trabalhos formais e, dessa forma, contribuindo para a insatisfação com a vida. No geral, nos assentamentos apresenta-se a predominância

do ensino fundamental, bem como um número considerável de não-alfabetizados. A escolaridade corresponde a um fator de proteção social, proporciona qualificação, melhores oportunidades de inserção no mercado e, por conseguinte, exerce influência nas condições de vida e na situação econômica.

No que se refere aos serviços de saúde, os homens utilizam mais a atenção especializada. Contudo, relatam que não procuram as Unidades Básicas de Saúde por causa do preconceito, do estigma em relação ao transtorno mental, por considerar um espaço voltado para mulheres e crianças, dificultando a busca de apoio e o acesso aos serviços. No que diz respeito ao apoio social, a busca por familiares foi bem menos apontada pelos homens, e a relação com a comunidade sempre é vista como indiferente. Destacou-se a procura de igrejas e, novamente, o trabalho foi o que mais apareceu como elemento protetivo dos fatores estressantes, além disso, o uso de medicamentos foi pouco realizado pelos homens. Nesse sentido, os homens, muitas vezes, não procuram os serviços de saúde por causa das enormes filas de espera, tanto para pegar a ficha quanto para o atendimento, justificando a pouca frequência da população masculina. Além disso, o horário em que as unidades básicas funcionam coincide com o período de trabalho, dessa forma, há o receio de perder o emprego e, conseqüentemente, não prover as necessidades básicas da família (Brito, Santos & Maciel, 2010).

A maioria dos homens dificilmente procura os serviços que trabalham com a prevenção e promoção de saúde, mas sim os secundários, ou seja, quando o problema de saúde já está agravado, situação que produz inúmeras conseqüências para a saúde do homem, às vezes, até incontornáveis. Ademais, tanto os homens quanto as mulheres apontaram a falta de espaço de lazer e convivência como um fator que impacta a saúde mental. Nos assentamentos, apenas as igrejas, sedes das associações e bares são os lugares que as pessoas

se reúnem, não apresentando disponibilidade de quadras de esporte, praças públicas, centros de convivência, etc. Nogueira e Lourenço (2013), em seus estudos na área da Geografia da saúde, apontam que os resultados em saúde dependem também do contexto em que se vive, dando destaque para o espaço geográfico e social. Ressaltam que há uma interação entre determinantes individuais e contextuais da saúde e que os comportamentos devem ser analisados sob um prisma que envolva também a influência do ambiente. Por exemplo, a atividade física é influenciada por determinantes individuais, mas também por questões de infraestruturas de lazer e desporto acessíveis, os quais, quando ausentes, podem promover desigualdades em saúde. Embora possamos ver pontos que transversalizam a relação entre sofrimento mental e gênero (tais como as condições de vida e do território, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pouca inserção da rede socioassistencial em ambientes rurais), também é visível como homens e mulheres vivenciam esses aspectos mediados pelos lugares sociais designados por determinações de gênero. O exemplo é o caso da procura das mulheres pela atenção primária em saúde, visto que são socializadas com um maior cuidado em relação ao corpo e com o planejamento familiar. Já os homens, pautados em geral por uma imagem de invulnerabilidade, recusam-se mais a buscar auxílio preventivo e acabam acessando a rede quando seu estado de saúde já demanda atenção especializada (Leite, et al., 2016).

### Considerações finais

Homens e mulheres, moradores dos assentamentos pesquisados, adoecem de modo diferente. Associaram o adoecimento à carga do trabalho agrícola, à precariedade das condições de trabalho, à perda da vitalidade física, bem como ao surgimento de doenças crônicas. No caso das mulheres, ao trabalho doméstico, caracterizado pela dupla jornada de trabalho, o número de filhos, à violência

de gênero praticada por parceiro íntimo, eventos de vida estressantes, como perdas de parentes próximos, separação, são aspectos que contribuem para o surgimento ou agravamento do sofrimento mental. Nesse sentido, observamos que esses fatores estão atravessados pelas condicionalidades de gênero. Além disso, para lidar com essas situações recorrem, em menor frequência, aos serviços de saúde, e com mais intensidade aos familiares, amigos e à religiosidade.

Evidenciou-se que a incidência de TMC se apresenta a partir de determinantes de vários níveis, tais como os de ordem mais ampla, como a desigualdade social e a consequente produção de iniquidades, relacionados às condições de vida, como problemas de acesso às políticas de educação, saúde e assistência técnica. Por fim, os modos de subjetivação em torno das relações de gênero que, por sua vez, produzem modos específicos de vivência e enfrentamento do adoecimento.

Tendo em vista que a realidade socioeconômica está associada à produção de sofrimento, verificamos que os assentados e assentadas enfrentam diversas dificuldades de acesso aos bens e serviços, como saúde, educação, trabalho, transporte, políticas públicas, saneamento básico, dificuldades climáticas, financeiras, falta de apoio social, técnico, etc. Todos esses fatores contribuem para acentuar as situações de vulnerabilidade da população assentada do RN e PI.

Para lidar com essas dificuldades, deve-se trabalhar de forma articulada com a rede socioassistencial, pensar esses problemas de forma ampliada e considerar, no caso das políticas de saúde, a questão das relações de gênero, para que se possa desenvolver uma oferta de serviços mais eficaz e efetiva nesses contextos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), no que se refere à Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), os conteúdos que estejam relacionadas às demandas peculiares dessas populações devem ser incluídos no processo de educação permanente

dos trabalhadores de saúde, considerando, para tanto, a territorialização na produção de cuidado.

O desafio a ser enfrentado na construção de políticas públicas para as populações do campo é, antes de tudo, desenvolver uma diretriz para a efetivação da saúde mental para essa população. Além disso, considerar as questões enfatizadas pela perspectiva das relações de gênero, analisando a divisão do trabalho, o acesso aos serviços de saúde, etc. Dessa forma, ao se incorporar no âmbito da saúde mental às problematizações dessa natureza, passamos a questionar uma concepção da saúde mental reducionista e biologizante.

Para finalizar, dispomos de algumas sugestões de pontos relevantes para as políticas de gênero e saúde decorrentes da análise crítica realizada neste trabalho. Necessita-se que instituições governamentais promovam junto à população, um debate sobre essa realidade, traçando uma possível linha de ação de combate a estas desigualdades sociais. Para tanto, deve-se incluir a discussão da pobreza sob o prisma de gênero, trazendo questões da vida de homens e mulheres de forma contextualizada, a partir do modo como vivem o cotidiano dos assentamentos.

Faz-se necessário discutir junto aos profissionais de saúde, especialmente da Atenção Primária, as diretrizes do SUS, incluindo a noção de território, bem como os múltiplos fatores associados ao sofrimento mental entre homens e mulheres. Portanto, desvelar essas questões, que abrangem os diversos setores, é importante para a elaboração de políticas de combate à discriminação, à desigualdade social, assim como às iniquidades em saúde.

## Referências

- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes Sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28(2), 127-131. doi:10.1016/S0870-9025(10)70003-1
- Aquino, P. de S., Nicolau, A. I. O., & Pinheiro, A. K. B. (2011). Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 136-144.
- Araújo, N. N., Nepomuceno, R. R. S., Figueiró, R. A., & Mello, L. C. A. (2013). Mulheres e Psicotrópicos: Subjetivação e resistência em trabalhadoras rurais assentadas. In: Dimenstein, M.; & Leite, J. F. (Org.) *Psicologia e Contextos Rurais* (pp. 273-301). Natal: EDUFRN.
- Araújo, T. M., Pinho, P. de S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 337-348.
- Bandeira, L. M. (2014). Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, 29(2), 449-469.
- Barbosa, L. B. (2013). *Mulheres em situação de violência e atenção em saúde mental: um estudo no município de Natal (RN)*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN).
- Brito, R. S., Santos, D. L. A., & Maciel, P. S. O. (2010). O olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. *Revista Rene*, 11(4), 135-142.
- Carlotto, M. S., Amazarray, M. R., Chinazzo, Í., & Taborada, L. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 19(2), 172-178.
- Cockell, F. F. (2014). Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 461-471.
- Costa, M. C., Lopes, J. M., & Soares, J. S. F. (2015). Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Escola Anna Nery*, 19(1), 162-168. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100162&lng=en&tln-g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100162&lng=en&tln-g=pt). 10.5935/1414-8145.20150022

- Costa, M. C. (2012). *Violência contra mulheres rurais, agendas públicas, municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS).
- Costa, M. G. S. G. (2014). *Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na Região do Mato Grande Potiguar*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN).
- Costa, A. G. & Ludermit, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 73-79.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.
- Dimenstein, M., Lima, A. I., & Macedo, J. P. (2013). Integralidade em Saúde Mental: Coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: Paulon, S. & Neves, R. (Org.) *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. (pp. 39-59). Porto Alegre: Sulina.
- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. C. G., & Tomasi, E. (1999). Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 33(4), 391-400.
- Gonçalves, D. F., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 380-390.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde*. (Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ).
- Leite, J. F. et al. (2016). Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 341-353. Doi: 10.1590/1982-3703001812013
- Ludermit, A. B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(3), 198-204.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 22(8). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12>
- Melo, H. P., & Di Sabbato, A. (2006). Mulheres rurais – invisíveis e mal remuneradas. In: MDA (Org.), *Gênero, agricultura familiar e reforma agrária no Mercosul* (pp. 47-88). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA.
- Ministério da Saúde (2013). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
- Morais, C. A., Amparo, D. M., Fukuda, C. C., & Brasil, K. T. (2012). Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 369-379.
- Nardi, H. C. (1998). O Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte, L. F. D. & Leal, O. F. (Org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* (pp. 95-104). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de: <https://books.scielo.org>
- Nogueira, H., & Lourenço, A. (2013). Ambiente, Comportamentos e obesidade na população Portuguesa. In: Romoaldo, P. & Nogueira, H. (Org.) *Desigualdades Socioterritoriais e com-*

- portamentos em saúde* (pp. 93-114). Lisboa: Edições Colibri.
- Oliveira, E. N., & Jorge, M. S. B. (2007). Violência contra a mulher: Sofrimento Psíquico e adoecimento mental. *Revista Rene*, 8(2), 93-100. Recuperado de: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/658/pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009a). *Integração de Saúde Mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Recuperado de: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009b). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Recuperado de: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf)
- Passos, M. C. (2007). A constituição dos laços na família em tempos de individualismo. *Mental*, 5(9), 117-130. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000200008-&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200008-&lng=pt&tlng=pt)
- Pietrukowicz, M. C. L. C. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. (Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ).
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-572.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e Saúde Mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 439-454. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a10.pdf>
- Rosa, M. F. M., & Mattos, U. A. O. (2010). A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1543-1552.
- Santos, A. M. V. (2006) *Sofrimento Psíquico e neopentecostalismo - a identidade religiosa e a cura na sociedade do consumo e do espetáculo*. (Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).
- Santos, É. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- Scott, P., Rodrigues, A. C., & Saraiva, J. C. (2010). Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In: Scott, P., Cordeiro, R. & Menezes, M. (Org.), *Gênero e geração em contextos rurais* (pp. 63-94). Ilha de Santa Catarina: Mulheres.
- Vidal, C. E. L., Amara, B., Ferreira, D. P., Dias, I. M. F., Vilela, L. A., & Franco, L. R. (2014). Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 205-212.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari. Recuperado de [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf)
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde Mental e Gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.

**Recebido: abril 7, 2016**  
**Aprovado: outubro 6, 2016**