



O Sofrimento Psíquico de mulheres sertanejas usuárias do CAPS de Quixadá-CE.

The Psychic suffering of country women users of CAPS Quixada-CE.

El Sufrimiento Psíquico de las mujeres del campo usuarias de CAPS de Quixadá-CE.

Rejane Rodrigues Barbosa Castelo¹
Taís Bleicher²

RESUMO

Esse trabalho teve por objetivo realizar uma leitura do Sofrimento Psíquico, sob enfoque de gênero, em mulheres sertanejas de uma cidade no Sertão do Ceará. Tratou-se de uma triangulação de métodos: a pesquisa-ação e análise de conteúdo. Diante dos dados, encontrou-se as categorias: gênero, autonomia, medicalização do sofrimento e estigma.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS. Mulheres. Gênero. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

The objective of this study was to perform a reading of Psychic Suffering, under a gender focus, in sertanejo women from a city in the hinterland of Ceará. It was a triangulation of methods: action research and content analysis. Based on the data, the following categories were found: gender, autonomy, medicalization of suffering and stigma.

KEYWORDS: CAPS. Women. Gender. Psychic Suffering.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue realizar una lectura del Sufrimiento Psíquico, bajo enfoque de género, en mujeres sertanejas de una ciudad del interior de Ceará. Se trataba de una triangulación de métodos: investigación-acción y análisis de contenido. A partir de los datos, se encontraron las categorías: género, autonomía, medicalización del sufrimiento y estigma.

PALABRAS CLAVE: CAPS. Mujer. Género. Sufrimiento psíquico.

* * *

Introdução

¹Mestranda em Gestão da Clínica pela UFSCAR e trabalhadora do CAPS de Quixadá-CE.

<https://orcid.org/0009-0009-7790-6429>

²Doutora em Saúde Coletiva e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – UFSCAR.

Esta pesquisa partiu de uma experiência no contexto da Atenção Psicossocial de uma cidade do sertão do Ceará, a qual foi berço para o desenvolvimento de políticas locais e estratégias de cuidado inovadoras que impactaram também as políticas nacionais, como a implantação do Programa Saúde da Família em 1994 (Jorge, 2007, p.257). Os quadros de depressão, ansiedade e somatização tem se tornando a maior preocupação do serviço como todo, devido a forte demanda que hoje chega e exige da equipe de saúde uma atenção urgente. Essa população tem instigado os profissionais a pensar sobre os saberes e práticas que até aquele momento estavam destinados a atender quadros graves, como as Psicoses, e por sua vez, sensibiliza-os para assumirem uma postura reflexiva sobre o que se produz atualmente daria conta desta nova realidade. A problemática foi ganhando mais espaço dentro dos serviços de saúde da RAPS e de lá sempre direcionadas ao CAPS, na expectativa de que este dispositivo pudesse trazer respostas, pois a atenção primária também se considerava despreparada para atender a esse fenômeno. O que demonstra é que os serviços continuam esperando os casos graves e na verdade, o que se experimenta é uma onda gigantesca de quadros leves. Os graves estão lá, incluídos no serviço ou inseridos em seu território; agora, como os serviços da RAPS estão remodelando suas ofertas para receberem as situações mais leves de Sofrimento Psíquico essa é a grande questão.

Nesse novo contexto da Atenção Psicossocial, os pacientes em Sofrimento Psíquico procuram no serviço de saúde solução para as suas mais variadas queixas. É sabido que os sintomas de ansiedade generalizados são a principal demanda apresentada hoje nos CAPS. De acordo com Menezes, Moura e Mafra (2017, p. 44), na atenção secundária do SUS, não se pode deixar de expor a importância dos CAPS em relação à prevalência de quadros de ansiedade. E essa referida queixa se apresenta como um importante problema de Saúde Pública, visto que se relaciona com prejuízos à saúde em curto e médio prazo se não tratados e, em geral, sua identificação é negligenciada nos locais de atenção à saúde. Embora não se tenha ainda em Quixadá dados estatísticos sobre ela, é possível visualizá-la pelo que se

apresenta diariamente no serviço de acolhimento. Paralelamente a isto, a saúde mental das mulheres é um tema cada vez mais discutido e que precisa ser abordado pela seriedade que o tema exige. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), a saúde mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como os socioculturais, legais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais, e a identificação e a modificação desses fatores tornaria possível a prevenção primária de algumas desordens. A descrição de situações de vida e de estudos de caso auxiliaria na compreensão do contexto onde se desenvolvem quadros como a depressão, o desgaste emocional, a ansiedade, entre outras desordens, bem como na compreensão do sentido que a saúde mental assume para as mulheres. A inexistência de investigações que estudem a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental pode levar a uma política de saúde que não leve em conta prioridades fundamentais.

Essa experiência proporcionou a percepção de que uma considerável parte das mulheres, acolhidas diariamente no CAPS de Quixadá, apresentava um perfil de sofrimento psíquico refratário e, por conta disso, buscam frequente e principalmente os ambulatórios de triagem, Psiquiatria e Psicologia. Compreender o Sofrimento Psíquico dessas mulheres traz novos elementos para repensar ações, qualificar a assistência, compreender características desse ser mulher sertaneja, modo muito singular que a diferencia de ser mulher em outras regiões do país.

Problematização

A Saúde Coletiva, após os movimentos da Saúde Pública, da Saúde Preventiva, da Saúde Comunitária e da Reforma Sanitária, ampliou e ressingularizou o campo da atuação dos profissionais de Saúde. Da assistência às doenças para o cuidado humano, da nosologia médica para as necessidades em saúde, do tratamento e reabilitação para a integralidade da saúde (Campos, 2006, p. 23). A partir da consolidação do SUS, advém a reorientação do modelo de atenção à saúde mental, centrado não mais na doença, mas, na pessoa, integralmente. Almeja-se que o cuidado à saúde seja descentralizado, que os

indivíduos, usuários dos serviços de saúde e cidadãos, possam ser, de fato, sujeitos participantes do planejamento, implementação e avaliação das ações que lhes dizem respeito. O movimento de reforma psiquiátrica, no Brasil, configura-se no contexto da reforma sanitária e, através de discussões e reflexões, propõe a desconstrução e desinstitucionalização do saber e da prática centrada no modelo biomédico-psicológico disciplinador e estigmatizante vigente nos hospitais psiquiátricos. Legitimada por um arcabouço legal, cuja base é a Constituição de 1998, a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a reforma encontra sua fundamentação na legislação específica, expressa na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004), bem como nas diversas portarias editadas e atualizadas constantemente pelo Ministério da Saúde, o que dá sustentação normativa a esse processo. Sua efetivação no cotidiano dos trabalhadores e usuários, no entanto, é constituída atualmente por passo curtos na tensão permanente entre a sobrevivência do modelo psiquiátrico clássico e a proposta do modelo de Atenção Psicossocial territorial. A Reforma Psiquiátrica no Brasil, no Ceará e em Quixadá, configuram-se como movimentos político-sociais, historicamente marcados por diversos avanços, porém, com desafios relevantes na sua implementação. A implantação da Política de Saúde Mental quixadaense surge nesse mesmo contexto e ainda muito aliada aos profissionais advindos da militância da Reforma Sanitária, como também, contando com a parceria de uma universidade que, através de seu supervisor institucional, trouxe para o CAPS possibilidades de ser um equipamento que não só “funcionava”, mas, articulava a teoria e prática. (Bleicher, 2015, p. 219).

Hoje, nos serviços de saúde, em Quixadá, surgem várias expressões de sofrimento psíquico. Sendo assim, deparamo-nos com o desafio de continuar cuidando das pessoas, produzir outros conhecimentos, detectar a demanda que hoje chega ao serviço, escutar o que o outro traz, acolher e não somente realizar triagens e avaliações, mas, principalmente, dar encaminhamento e resolutividade, traduzir sentidos e histórias. “Seremos capazes de enquanto trabalhadores de saúde mental ser ‘tradutores de mundo’? Não nos deixarmos

levar por práticas sem sentido, mas darmos sentido as nossas práticas” (Sampaio, 2007, p. 20).

A Mulher Nordestina Sertaneja

O perfil populacional das mulheres do Brasil se formou ao longo do tempo, ainda no contexto da chegada dos europeus às terras brasileiras, foram acontecendo as primeiras relações entre os portugueses e as indígenas que já viviam no lugar, formando a primeira categoria, as chamadas caboclas ou mamelucas. Segundo a História, de acordo como aconteciam os processos migratórios, os negros africanos que vieram ao país e se uniram às mulheres favoreceram o surgimento de duas novas categorias: as mulatas, que derivaram do relacionamento com mulheres brancas e as cafuzas, que descenderam das indígenas. A partir dessas três classificações surgiu uma população de miscigenação muito expressiva formando as diversas categorias de mulheres brasileiras (Macieira, 2016, p. 7). No encontro dessa diversidade de povos indígenas, europeus e africanos, surge, também, a Mulher Nordestina, sendo que sua descendência possui grande predomínio dos negros e mulatos que povoavam os engenhos nordestinos. Segundo Priore (2004, p. 202), a mulher nordestina tem vários rostos e cada uma delas possui uma importância singular que enriquece a cultura, não transparecendo nenhuma sobreposição de uma em detrimento de outra, muito embora, enfatize que, por questões econômicas e sociais, o seu destaque e grau de superioridade para a sociedade aparecem de forma mais evidente ou de quase nenhuma evidência entre as mulheres ricas e as mulheres pobres.

Existe uma ideia ainda ambígua referente à designação de mulher sertaneja, onde especificamente, ela vive e quais são os limites que a definem como tal. De modo geral, entende-se o sertão no que se refere a oposição ao litoral e “em condições brasileiras, o sertão estaria sempre em interior” (Ferreira, 2004, p.32). No imaginário coletivo, o sertão seria um espaço característico de pessoas pobres, pouco desenvolvidas e não-civilizadas, ainda atrasadas, esfomeadas, ligada a um espaço extremamente seco onde não existem possibilidades de desenvolvimento. Muito embora o sertão seja

representativo do Nordeste, continuamos encontrando sertão desde Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Amazonas e Rio Grande do Sul. Para a compreensão da Mulher do Sertão Nordestino, aparece uma imensidão de significados, porque o sertão é também uma imensidão, e, por isso, compreendê-la em todas as suas nuances, tempos e transformações faz-se extremamente necessário.

As Políticas Públicas e as Mulheres

As Políticas Públicas são desenvolvidas pelo Estado para garantir os direitos que são previstos na Constituição e em outras leis, no intuito de garantir o bem-estar da população. Elas estão legalmente determinadas pela Constituição Federal de 1988, no caput do artigo 6º como “direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, à proteção a maternidade e à infância, e assistência aos desamparados”. Como é possível ver ao longo da história, a busca pela inserção do papel da mulher e dos seus direitos, aconteceu através de muitas lutas. No Brasil, e no mundo, a busca por este protagonismo ainda não chegou ao fim. Como se sabe, todas as conquistas sociais são sempre provisórias e correm o risco de retrocessos, especialmente no campo dos Direitos Humanos das minorias.

Portanto, as Políticas Públicas de atenção às mulheres, em nosso país, destacam-se a partir de eventos importantes. Um marco importante a destacar foi a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres no ano de 2004 em Brasília (Oliveira, 2016, p. 18). Esse evento teve como propósito envolver mulheres de todo o país em plenárias, para que tendo um maior acesso e participação feminina em um espaço de poder, fosse elaborado um instrumento de afirmação da cidadania das mulheres: o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. O ano de 2004 representou um marco para a luta das mulheres não apenas pela realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (CNPM), mas também por ter sido decretado, pelo Presidente da República, como Ano da Mulher (Oliveira, 2016). Três anos depois, em agosto de 2007, em Brasília, acontece a

II Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, num formato semelhante à I Conferência. Nesta edição, a temática central era a discussão sobre a Participação das Mulheres no Espaço de Poder, além de fazer um balanço do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, publicado em 2004. O momento da II Conferência foi, segundo nossa análise, singular, pois possibilitou uma avaliação do PNPM por parte dos movimentos de mulheres que, de algum modo, organizam-se para interferir nas ações do governo (Oliveira, 2016, p.44). Dentre os movimentos que geraram importantes transformações podemos destacar os protestos e ações diretas através da Marcha das Margaridas, que foi reconhecida como a maior mobilização, no Brasil, de trabalhadoras rurais do campo, da floresta e das águas, sendo resultado de uma ampla mobilização nacional, com inúmeros eventos nas diversas regiões do país (Aguiar, 2017; Pereira, Da Silva Oliveira, Gomes, 2018). Tais mulheres visavam denunciar as condições de vida adversas do mundo rural, permeada pela desigualdade de gênero, as violências por elas sofridas; além de outros temas de cunho social, econômico e cultural; e a marcha das mulheres negras, movimento que ocorreu em 2015 na luta contra o racismo, a violência e pelo bem viver (Cavalcanti, De Lima, 2016; Campos, Brasil, 2017). Como consequência dessas lutas os principais logros foram “a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Lei Maria da Penha, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o Programa Pró-Equidade de Gênero, a Política e o Pacto Nacional Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, entre outros programas e políticas que estão articulados entre ministérios” (Zanatta, 2016, p. 3). Os anos seguintes são marcados pela era da antipolítica bolsonarista que de acordo com Avritz (2021, p.253) sua governança implicaria em ações que cerceariam ainda mais os direitos conquistados.

A Economia Solidária como perspectiva de inclusão social pelo trabalho

O trabalho é essencial para a humanidade desde o surgimento da espécie humana. Na pré-história, período compreendido de 600.000 a 10.000

anos a.C., inventava-se o que era possível com diversos instrumentos. O período de 70.000 a 30.000 anos atrás testemunhou lâmpadas a óleo, arcs e flechas e agulhas (para costurar roupas quentes) objetos de arte e joalheria, religião, comércio e estratificação social. Há doze mil anos, o trabalho passou a ser caracterizado pela domesticação de animais, construção de assentamentos permanentes e cultivo de plantas. Os povos caçadores – coletadores são os mais conhecedores e habilidosos da história. Essa atividade chamada trabalho é que nos garantiu a sobrevivência e a preservação de nossa espécie (Harari, 2015, p.27). Pode-se dividir a história do trabalho mediante modo de produção que o ser humano desenvolveu através do tempo, que são os chamados regimes de trabalho. Aqui, não se pretende percorrer a multiplicidade dos conceitos porque seria uma tarefa impossível. No entanto, o que interessa a este estudo é relatar que o conceito de trabalho é diverso e pode ter ou não recompensas ao ser realizado. No contexto da Atenção Psicossocial, o trabalho é visto como garantia dos direitos de cidadania. Amarante e Belloni (2014, p. 18), ao apontarem o estado democrático de direitos, enfatizam a importância de assegurar que toda atividade profissional desenvolvida por usuários de serviços de Atenção Psicossocial gere ganhos econômicos, viabilizando, assim, trocas sociais e cidadãs. Para Singer (2002, p. 10), a Economia Solidária pode ser definida como outro modo de produção, no qual os princípios básicos são a propriedade coletiva do capital e o direito à liberdade de cada indivíduo. Tais princípios permitem a união das pessoas que produzem em uma única classe de trabalhadores, que são detentores por igual do capital nas cooperativas ou sociedade econômica. Para Martins (2008, p.74), a Saúde Mental e a Economia Solidária estão unidas pela Reabilitação Psicossocial e Econômica dos usuários de serviços de saúde mental, objetivando, por meio desta parceria, a criação de políticas públicas que viabilizem a inclusão social e a efetiva participação destes usuários em atividades de geração de trabalho e renda. Se tentarmos visualizar o cenário do nordeste brasileiro, é fácil perceber que a região se encontra em desvantagem social quando nos referimos ao estabelecimento de iniciativas empreendedoras. Sobre essa questão, Carneiro, Mendes e Lopes (2016, p. 17),

apontam que as pessoas que moram no Nordeste brasileiro sofrem profundamente com a economia capitalista, cujo objetivo é a obtenção de lucro. Há uma distinção injusta para poucos, o que gera extensa desigualdade socioeconômica. É nítida a procura por alternativas que incorporem a população excluída e ofereçam oportunidade de sobrevivência. Nessa busca, a Economia Solidária se apresenta como uma alternativa possível e os resultados do presente estudo reforçam tais considerações. Outro fator bastante interessante de ser refletido é a respeito da participação feminina na Economia Solidária que, segundo Mazaro, Matsukura e Lussi (2020, p.135), deu-se quando da tomada de consciência acerca da invisibilidade, da exclusão e da falta de reconhecimento do protagonismo das mulheres. A presença de mulheres e, por conseguinte, o trabalho que elas realizam, se comparado ao dos homens, torna-se muito maior, porém, quando tomado por parâmetro as questões de gêneros e de trabalho formal, existe uma

hipótese de que a sociedade brasileira continua sendo machista e que o homem é quem responde em termos documentais referentes ao mapeamento nacional dos Empreendimentos de Economia Solidária (EES) e, não, as mulheres. Um terceiro aspecto a ser destacado se refere ao exercício da cidadania como pilar estruturante dentro dos princípios da Economia Solidária e que tem relação também com a saúde mental. Sobre isso, Saraceno (1999, p. 29) refere que a conquista da cidadania se dá pela articulação das possibilidades de morar, de trabalhar e de conviver numa relação dinâmica denominada Reabilitação Psicossocial. Mesmo diante dos grandes desafios estruturais, como, também, do estigma que ainda acompanha os usuários da Atenção Psicossocial, quando nos referimos à questão da inclusão social pelo trabalho, a Economia Solidária tem apontado como uma das alternativas que despontam na inserção dos pacientes em sofrimento psíquico em programas de geração de trabalho e renda.

Percurso Metodológico

A fim de realizar uma análise mais ampla sobre o Sofrimento Psíquico de Mulheres Sertanejas que utilizam o serviço de saúde mental do Município

de Quixadá, elegeu-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório com triangulação de dois métodos: a pesquisa-ação, pois pretende-se enfatizar a valorização dos conteúdos, discursos e significados da experiência que se pretende analisar e favorecer o surgimento dos processos subjetivos envolvidos; como também, a análise de conteúdo. “O método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (Minayo, 2008, p. 132).

O cenário da pesquisa foi o Município de Quixadá, cidade situada no interior do estado do Ceará, distando 168 km da capital, Fortaleza. Pertence à macrorregião do Sertão Central no Estado do Ceará, que é constituída por 21 municípios. É a maior cidade do Sertão Central. Sua população, segundo dados do IBGE de 2022 é de 84.165 habitantes é predominantemente urbana e feminina. No que diz respeito à Atenção Básica, registra-se que, em 1994, o município implantou oficialmente o Programa Saúde da Família. O PSF tornou-se, então, um dispositivo da Reforma Sanitária. Um ano antes, em 1993, foi implantado o CAPS que constituiu um dispositivo da Reforma Psiquiátrica. O CAPS de Quixadá, especialmente na década de 90, passou por um período histórico em que produzia conhecimento para outros estados. Pessoas importantes do cenário nacional fizeram residência neste município e aprenderam nele. Dentre as especificidades de Quixadá, no início da implantação do CAPS tinha-se a característica de ser um serviço vinculado à pesquisa. Suas primeiras equipes foram de trabalhadores que se transformaram em professores universitários porque compreendiam que não seria possível trabalhar sem unir o saber produzido à pesquisa. Havia produção de dados e estes eram validados nacionalmente. Existe uma trajetória de produção acadêmica sobre a Política de Saúde Mental Quixadaense como bem é descrita na produção historiográfica, Bleicher (2019, p. 15).

Esta pesquisa teve por objetivo geral compreender o contexto do Sofrimento Psíquico sob enfoque de gênero em mulheres sertanejas usuárias

de um CAPS. Nos procedimentos específicos do estudo, buscou-se conhecer as formas e os fatores potencialmente relacionados ao Sofrimento Psíquico em mulheres sertanejas; ilustrar uma potencial estratégia de cuidado às mulheres sertanejas usuárias de CAPS e relacionar estratégia de cuidado à Economia Solidária em seus pilares para pensar em inclusão social pelo trabalho das mulheres sertanejas.

Procedimentos de Estudo

Realizou-se o levantamento bibliográfico e revisão de literatura utilizando os descritores: Centro de Atenção Psicossocial, Sofrimento Psíquico, Economia Solidária, Gênero e Mulheres nos bancos de dados Lilacs, Scielo, Scholar Google e portal de periódicos da UFSCar. Levantamento e revisão do perfil populacional da mulher no Brasil desde a chegada dos colonizadores. Levantamento e revisão das Políticas Públicas voltadas para mulheres no país. Levantamento e revisão da produção bibliográfica existente sobre a Economia Solidária e a inclusão pelo trabalho.

Para que esta proposta acontecesse de fato, a pesquisadora reuniu os profissionais do serviço e apresentou de forma objetiva o projeto para coleta dos dados, sendo que a intenção era que todos pudessem identificar quais seriam as participantes do grupo e, por conseguinte, encaminhá-las à pesquisadora para uma “seleção”. O convite foi feito a todas as mulheres que estavam no serviço do CAPS com queixas de sofrimento psíquico, tanto no serviço de triagem, quanto nos atendimentos ambulatoriais. Destas, um quantitativo de 12 aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas participantes que apresentassem quadros psicopatológicos mais severos tais como esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, cujo nível de consciência ou estado de humor pudessem comprometer a participação nas atividades desse grupo. Os encontros ocorreram em quatro momentos semanais no período de setembro a outubro de 2022. Durante a operacionalização do projeto foi utilizada as rodas de conversa. Segundo Costa, Filho, Medeiros e Silva (2015, p. 32): “as rodas de conversa surgem como um espaço de escuta cuidadosa, que produzem o desenvolvimento de capacidade

individual e coletiva. Além disso, também é considerada uma intervenção comunitária designada por um método que possibilita a discussão, expressão de desejos e desabafos, tendo como resultado as trocas e o aprendizado”. Em suma, teve-se em vista favorecer a participação coletiva e debate acerca da temática do sofrimento psíquico gerando autoexpressão e troca de experiências. O grupo foi intitulado como Ateliê do Sentido, pelo motivo de significar um espaço subjetivo de construção coletiva. Com base nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem aplicadas dentro do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da UFSCar, foi utilizado um texto disparador que teve por pretensão gerar a problematização do tema entre as participantes e ainda o recurso de vídeo e a experiência de oficina com argila.

A Coleta de Dados

A coleta de dados foi pensada em quatro encontros pelo motivo manifestado pelas mulheres, que conforme relato, embora este momento tenha funcionado como espaço terapêutico para elas, havia alguns obstáculos que dificultavam a realização de mais encontros, dentre eles: a impossibilidade em custearem os seus próprios transportes para chegar ao serviço, abandonar as atividades domésticas e de trabalho e, para algumas, a função de cuidadoras de terceiros. Como instrumento de coleta dos dados elegeram-se a pesquisa-ação participante que pode ser entendida como uma ação que visa mudanças na realidade concreta com uma participação social efetiva. Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social (Engel, 2000, p. 189). Para a análise dos dados utilizou-se, a Análise de Conteúdo como proposta por Bardin(2012) que tem como função a ação de “administração da prova”, na qual, se verifica os achados da análise condizem como verdadeiros ou não. Referente ao presente estudo com os dados colhidos sobre os relatos, tornou-se possível dividir em categorias os conteúdos falas das mulheres, tendo por intenção, agrupar unidades de registro e contexto a partir de características em comuns. Neste

momento da pesquisa, a análise de conteúdo teve seu momento importante quando associado aos relatos, sendo possível fazer um paralelo sobre o que se pretendia investigar durante os encontros (quais seus núcleos de sentidos) e diante dos produtos realizar a leitura sob aspectos que sobressaltavam como estruturantes para elas. Desde o momento inicial, o trabalho foi pensado com base no respeito aos princípios éticos da pesquisa, buscando a devida atenção aos critérios para adequação do mesmo ao que estabelece o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - órgão que protege o bem-estar dos participantes e respeita os parâmetros éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Comitê de Ética em Saúde (BRASIL, 2012), a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e suas complementares. Foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sendo cadastrado e submetido a Plataforma Brasil obtendo parecer aprovado com o parecer de número 5.526.318 e as identidades dos participantes foram mantidas sob sigilo, como forma de garantir a integridade de todos, inclusive os seus nomes foram substituídos por outros fictícios.

Referente as categorias (análise de conteúdo) foram destacadas quatro, conforme mostra o quadro:

Categorias	Descrição	Participantes	%
1. Gênero	Características que são próprias a um grupo de indivíduos	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 e 12	83,33
2. Autonomia	Aponta capacidade de se prover com seus próprios recursos	1, 6, 9	25,00
3. Medicalização do Sofrimento	Busca de alívio imediato dos sintomas relacionados a um sofrimento	2 e 3	16,66
4. Estigma	Marca social que reduz a pessoa a condições inferiores	1 e 5	16,66

Resultados e Análise

O panorama formado com a criação do grupo terapêutico proporcionou à pesquisadora identificar características importantes que se destacaram e que merecem ser analisadas na tentativa de descrever um perfil das mulheres nordestinas sertanejas. Algumas características observadas na fase da coleta de dados chamou a atenção e será colocada em destaque a seguir: Em relação

a amostra da pesquisa, no que se refere ao estado civil, notou-se que metade das participantes eram solteiras e mesmo essas não tendo as mesmas “obrigações” das mulheres casadas, apresentavam outros fatores que apontavam como causadores do sofrimento psíquico. Acredita-se que muitos desses fatores podem estar relacionados à expectativas sociais e pressão familiar, dificuldades financeiras ou estereótipos de gênero (solteirice). Os relatos a seguir evidenciam essas condições:

“Eu já sou como a minha mãe, que lutava com muita gente doente na minha família, mas ela faleceu já tá com uns dois anos, aí eu que agora tô no lugar dela. Eu tenho um irmão, uma irmã, tenho uma irmã especial, tenho o pai do meu filho, e o meu filho que é autista. E graças a Deus, Deus me dá forças para lutar e ajudar tudim, porque eu sei que eles precisam de mim. Eu sei que é difícil, mas a gente tem que ter vontade e vê que eles precisam da gente”(Dália).

Tomar para si um papel que não seria o escolhido ou almejado parece ser uma realidade para as mulheres solteiras. Embora exista literatura sobre Sofrimento Psíquico em mulher solteira, observa-se que a produção é muito maior no tocante a mulher casada. Segundo levantamento realizado na base de dados do Google Acadêmico, em 04 de fevereiro de 2023, com os descritores: “sofrimento psíquico”, “mulher casada” apareceram aproximadamente 509 resultados, para a “mulher solteira” encontrou-se 160 resultados. Nesta pesquisa o que se verificou é que as mulheres solteiras também referiam causas de sofrimento pela posição que assumiam dentro de suas casas, posição essas que não foram escolhidas, mas impostas por outros ou pelos costumes familiares e este fato se revela não apenas no momento atual de suas vidas, mas é uma reprodução da vida de outras mulheres que lhes antecederam. Conforme a cultura o papel do cuidado, parece ser uma herança também para a mulher que não “constituiu família”, independente se ela teria algum outro projeto de vida. O medo de romper com essas tradições parece-lhes difícil, pode lhes custar um preço alto. Mesmo havendo outros membros da família que poderiam compartilhar esses cuidados, frequentemente assumem essa responsabilidade sozinhas. Nesta pesquisa, as mulheres solteiras apontaram esse lugar social de cuidadoras necessárias como causa para o Sofrimento Psíquico. Sobre isto fica evidente e corrobora quando escreve Tavares (2008):

As mulheres, educadas por suas mães para serem iguais a elas, donas de casa zelosas e altruístas, esposas e mães devotadas, ao se rebelarem contra os papéis tradicionais e desejarem realização pessoal e profissional, são consumidas pela culpa, traidoras que negam os ensinamentos maternos e, por extensão, apontam o quanto as mães estão erradas (Tavares, 2008, p. 59).

O que vem chamar atenção é que mesmo havendo a consciência do sofrimento causado pelas circunstâncias impostas, elas permanecem “presas” a essas condições em uma espécie de conformismo adoecedor sem vislumbrarem nenhuma perspectiva de transformação de suas vidas. No tocante ao sofrimento psíquico, foi verificado na pesquisa, que tanto as mulheres da zona urbana quanto as da zona rural manifestaram alguma forma de sofrimento. No entanto, sabe-se que quando as condições locais não são favoráveis, esse dado pode tomar proporções maiores. Tomando por base a literatura (Furtado, 2008, p.131), percebe-se que existe relação entre o sofrimento psíquico com alguns contextos específicos dentre eles: condições de vida, gênero, fatores socioeconômicos (escolaridade-rendimento-ocupação), papéis tradicionais aliados a fatores sociais e contextos socioculturais que contribuem para a manifestação desse fenômeno. Outra percepção revelada pela pesquisa é que grande parte das mulheres, que exerciam trabalhos domésticos, residiam na zona rural. Sobre isso veio a reflexão se este dado não poderia estar relacionado a uma tradição familiar antiga, na qual as meninas fossem educadas desde muito cedo para exercerem trabalhos domésticos e auxiliarem suas mães, comportamento não tão observado em meninos, principalmente, da zona rural e também bem menos em mulheres da zona urbana.

A sociedade é estruturada mediante um sistema onde os indivíduos sofrem várias influências, sobretudo no que se referem ao comportamento, personalidades, gostos e escolhas. Ela mesma vai moldando os sujeitos de forma que eles se reconheçam dentro de papéis, modos de vida e gênero que por conseguinte vão incorporando padrões, criando estigmas, repercutindo de forma diferente na vida de cada um. Para Louro (1997) a regra que a sociedade apresenta é: “Através do aprendizado de papéis, cada um/a deveria conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou

para uma mulher numa determinada sociedade, e responder a essas expectativas” (Louro,1997,p.24). Quando olhamos para a constituição dos lares de mulheres sertanejas percebemos o quanto essas concepções e papéis encontram-se arraigados. Existem expectativas do que cabe ao papel dos homens e ao papel das mulheres e a depender de como elas se percebem perante esses estereótipos, pode ocorrer a reclusão de um único aspecto social oferecido, impedindo que elas se constituam da forma como desejam sem culpa ou medos. Nesta pesquisa verificou-se que a expectativa social e familiar que essas mulheres sofrem vão sendo consentidas por elas mesmas, isto pode ser observado nos relatos a seguir:

(...) Mas com tudo isso, a batalha que eu fiz e de lá para cá é difícil para qualquer um, porque o meu primeiro marido era aquele homem que não dava de conta uma casa. Pronto! Era mesmo que não tivesse homem dentro de casa. O outro, era um pouco mais de trabalhador, um pouquinho, mas bebia também e fez muito, eu sofrer. Né? E para terminar, eu acabei sendo mãe, pai, e estou sendo mãe e pai. Graças a Deus! (Violeta).

Para todos os problemas referidos até o momento vale a pena abrirmos um parêntese para refletir minuciosamente sobre os aspectos que estão envolvidos nessa realidade das mulheres. Sabemos que o trabalho doméstico é historicamente visto como uma obrigação feminina, seja da mãe, da filha mais velha, da solteira, da diarista. De modo geral, a falta de empatia pelo trabalho de cuidar é marca do patriarcalismo. No caso brasileiro a realidade social ainda é fruto de um passado colonial que delegava às mulheres os trabalhos domésticos e de cuidado: dos filhos, do marido, dos idosos, dos deficientes e da casa. Alguns autores relatam que quando falamos sobre o papel de cuidador, existe uma cultura bastante sólida sobre a questão da mulher ser a principal ou, senão, a única pessoa que presta o serviço de cuidado em uma família. Conforme Berg e Woods (2009, p.377) existe uma convenção social de que a mulher seja aquela que presta cuidados. Segundo Carvalho, Ribeiro, De Almeida e De Sousa (2008, p. 439), com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, o que em grande parte implica no trabalho fora de casa, as mulheres passaram a assumir uma dupla jornada de trabalho, sendo responsáveis por seus afazeres formais e informais (cuidados com a casa, os filhos, os pais idosos, os parentes adoentados),

contribuindo para a acentuação da sobrecarga. Diante de classes sociais com maior poder aquisitivo, há a contratação de ajudantes (empregadas, babás, assistentes, secretárias, educadoras de creches) para amenizar os impactos desta dupla jornada. Entretanto, estes ajudantes são em sua maioria mulheres que também exercem uma dupla jornada (Carvalho, Ribeiro, De Almeida, De Sousa, 2008, p. 439).

Durante a coleta de dados, um fato interessante observado no grupo foi que, mesmo elas sendo usuárias do serviço de saúde mental, as mulheres sertanejas desenvolvem atividades e mantêm-se ativas dentro e fora de casa. Por sua vez, a mulher nordestina sertaneja deste pesquisa também manifestou outros incômodos como:

(...) A falta de algo como amor-próprio, autoconhecimento que vai deixando as pessoas com ansiedade será que é isso? As vezes a gente não sabe nem o que quer, e a gente se espelha na sociedade, porque as pessoas dizem, numa religião... e sufoca né? As pessoas sufocam a gente né? Eu tenho que ser aquela magrinha, eu, aquela mulher boazuda? Correndo em busca de padrão... Não. Eu posso ser assim. Isso aí seria um início de uma cura né? (Açucena)

Dentro de um serviço de saúde mental é muito comum ouvirmos relatos semelhantes a estes e o que parece, quando se trata de mulheres, que este fator bem recorrente tem causado grandes problemas para a saúde mental delas. A exigência marcante da sociedade contemporânea por um estereótipo físico, reforçado fortemente nas mídias, leva-nos a considerar que o corpo feminino é atravessado também pelas questões de gênero (Tilio, 2014, p.153). A imagem de um corpo perfeito, dentro dos padrões pre-estabelecidos, transformados pelo consumo de objetos em busca de satisfações geram, na maioria das vezes, angústia devido às pressões para adaptação dos indivíduos aos padrões estéticos (Chauí, 2012, p.87).

O estigma é definido enquanto marca ou sinal que designa o seu portador como desqualificado ou menos valorizado, ou segundo a definição de Erving Goffman: “*a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena*” (Goffman, 2004, p.4). Aqui inclui-se a discriminação entre raças, condições relacionadas à saúde psíquica e outras mais. Pessoas que sofrem algum tipo de discriminação são tratadas de forma diferente, sentem-se

inferiores, menos merecedoras de oportunidades e isto atrapalha muito na sua busca por sua autonomia e cidadania. Essa reflexão faz muito sentido quando observamos o relato de Jasmin:

De primeiro eu tinha preconceito, porque eu era neguinha, aí eu nasci neguinha, mas eu sou neguinha de vergonha. Eu tinha preconceito, eu não tirava foto. Eu não me pintava, eu não me arrumava e não olhava as pessoas na cara, se eu olhasse uma pessoa, eu pensava que tava mangando de mim. Mas hoje eu passa pela minha psicóloga, conversar hoje eu passo um lapizinho no olho, eu as minhas sobancelhas, eu pinto meu cabelo, hoje eu tiro foto, eu faço questão de tirar foto porque hoje eu me dou valor porque é como uma pessoa disse, olha não tem ninguém melhor que ninguém. De primeiro eu era uma vergonha tão grande que quando eu levava o meu filho levava pra praia. Eu não usava biquíni porque eu, eu achava feia. Hoje eu vou para a praia, eu faço questão de botar um biquíni de banho, eu já não tenho mais vergonha de nada. Hoje eu me dou valor, sabe por quê? Porque eu tenho todos meus problemas, mas sou uma neguinha de vergonha (Jasmin).

O sentimento de não estar à altura dos padrões sociais está diretamente relacionado a uma dúvida constante e incerteza sobre si mesmo, além de falta de autoestima que as tornam incapazes de reconhecer suas próprias potencialidades. Quando o estigma é referente a pessoas em sofrimento psíquico, as narrativas tornam-se mais recorrentes:

Eu olho pra isso e não me sinto doida. Porque eu tomo meus remédios, não sou doida, é porque eu preciso daquela paz (Rosa).

Eu não quero me acostumar com o diazepam, mas tem dias que eu tenho que tomar, porque tô tão estressada que chega eu sinto dor no peito. Aí tem a losartana, tem hidroclorotiazida, tem amitryl né? As vezes tô com dor de cabeça e preciso tomar paracetamol, né? Mas com tudo isso, a batalha que eu fiz e de lá para cá é difícil para qualquer um... (Violeta).

Para Ribeiro (2019) o lugar de fala envolve um sistema que estrutura o imaginário social e faz-se necessário romper com o regime de autorização discursiva significando o rompimento da ordem de quem é permitido falar, quem tem o direito oficial e legitimado para dizer algo, quem é mais escutado no que fala e mais do que isso, é também compreendido como verdadeira fala. Essa forma de compreensão explica muito sobre os relatos extraídos da pesquisa, pois de fato, essas mulheres parecem ainda não terem encontrado o seu lugar de fala. Todas as estruturas que hoje estão montadas ainda não favorecem a escuta e a opinião dessas mulheres, isto tanto nas estruturas

privadas (ambientes de casa), como nas formas mais ampliadas de convívio social (sociedade, serviços e governos).

Sendo assim, por mais que as mulheres nordestinas sertanejas tenham conhecimento sobre suas necessidades, se não há disponibilidade de acesso efetivo e democrático que acolham suas demandas de forma objetiva a promover um cuidado em todos os níveis, cuidar do sofrimento psíquico será sempre um desafio.

Autonomia: um pilar da saúde mental

A partir de uma breve releitura histórica (Desviat, 1999), é possível analisar que o modelo manicomial instituído para tratar as pessoas em sofrimento psíquico no século XIX no Brasil, mostrou-se insuficiente do ponto de vista terapêutico para atender as demandas decorrentes do adoecimento psíquico. Com o rompimento deste modelo manicomial por meio da Reforma Sanitária e, principalmente, da Reforma Psiquiátrica em meados do século XX, passam a ocorrer transformações no modelo assistencial, para serviços de saúde em sistema aberto. A mudança no paradigma que percebia o sujeito apenas sob o aspecto biológico e de um aparelho psíquico, passa a ser compreendida como um fenômeno complexo, permeado por dimensões psicossociais. Em torno dos anos de 1970, o crescimento dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil tomam força, principalmente, após a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da criação de leis que culminaram com a lei federal nº 10.216, a fim de oferecer os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Essa lei marcou o que seria o início de um tempo onde essas pessoas passariam a ser vistas como protagonistas de seu próprio tratamento e não mais como mero objeto de violência conforme era a conduta manicomial. A partir de então, emerge a possibilidade de um novo cuidado em saúde mental, de agora em diante, pautado em um modelo psicossocial e, portanto, um cuidado que prioriza a autonomia dos indivíduos (Saraceno, 1999, p.31).

Desse modo, tomando como base um estudo sobre dados locais, especificamente, a Política de Saúde Mental de Quixadá, conforme está

fundamentado em Bleicher (2015), “os direitos a cidadania e autonomia foram conquistados a partir de ações administrativas e sociais e sempre mostrou-se suscetível a mudanças de gestões” (Bleicher, 2015, p. 344). Uma questão relevante a discutir são que as intervenções sempre tiveram como sujeito os pacientes em quadros mais graves, como nas psicoses, e o que hoje se percebe é que a demanda crescente e que superlota os atendimentos do CAPS são aquelas relacionadas a quadros mais leves. Por isso, faz-se necessário pensar que ações precisam ser incorporadas e que venham atender à realidade posta. Nesse momento, urge pensar cidadania e autonomia para usuários de CAPS em quadros leves (depressões, ansiedade, entre outros) e romper, novamente, com modelos antigos e para essa demanda atual não trazem respostas eficazes. Compreendendo que tanto os seres humanos quanto os serviços são dinâmicos, mutáveis em detrimento do tempo, das circunstâncias em que estão envolvidos e por isso buscar novas práticas para além das engendradas parece ser o caminho.

Para Alves e Guljor (2004), o CAPS deve ser visto muito além de um espaço geográfico, mas como um processo, definitivamente em transformação, variável em função das condições mais próximas presentes:

O CAPS não como um lugar, como serviço, mas como ‘conceito operacional’. Conceito operacional para que ele não se cristalice e não se cronifique; para que se atualize o tempo todo, na medida em que a contemporaneidade dos acontecimentos possa fluir sobre sua própria dinâmica, e ainda, para que incorporação das potencialidades comunitárias possa intervir de tal forma em seu funcionamento que permita mudar inclusive seu perfil (Alves, Guljor, 2004, p.231).

Essas funções como bem descreve Sampaio (2007), podem ser das mais básicas como ser porta de entrada, retaguarda à internação, quanto as mais especializadas como a formação, a pesquisa e a comunicação e crítica social sobre a qual descreve:

Convém devolver criticamente demandas equivocadas, chamar atenção sobre os determinantes sócio-econômico-culturais dos fenômenos psicológicos, denuncia a lógica frequente da responsabilização individual, isto é, da "culpabilização da vítima", da "psicologização" de tudo o que seja da ordem do político e do econômico. O processo de ajuste indivíduo sociedade é dialético, inclui a transformação do indivíduo para que este se adeque, mas também a transformação da sociedade visando justiça social e democracia (Sampaio, 2007, p. 13).

O meio de garantir a justiça social é pelo cumprimento das políticas públicas que, para a Atenção Psicossocial, já existem. No entanto, carecem de uma maior fiscalização para que de fato os poderes públicos cumpram com seus deveres.

A proposta desta pesquisa era oferecer também, de forma mais concreta a experiência de cuidado com essas mulheres sertanejas, onde tivessem um espaço seguro para compartilharem suas vidas, suas habilidades, descobrissem seus potenciais e despertassem para novas oportunidades. A ideia inicial era buscar na própria cidade alguma iniciativa da Economia Solidária, todavia, não foi possível encontrar. Dessa forma buscou-se dar oportunidade de experiência em uma construção coletiva com a oficina de argila. Percebe-se nos relatos, que a experiência do grupo favoreceu as vivências antigas da casa, dos utensílios domésticos, circunstâncias bem típicas das mulheres sertanejas donas de casa, cuidadoras, onde, na divisão sexual do trabalho, esses lugares estavam mais restritos a elas. Fazendo uma releitura sobre a Economia Solidária para mulheres, encontra-se como uma preocupação inicial dessa iniciativa era realizar ações para identificar os grupos e redes produtivas de mulheres que visam, prioritariamente, localizar e reconhecer quem são, onde estão e o que fazem as mulheres trabalhadoras e suas organizações produtivas. Busca, também, promover sua autonomia econômica e incentivar a troca de informações, conhecimentos técnicos, culturais, organizacionais, de gestão e de comercialização, valorizando os princípios da economia feminista e solidária. Incorpora em suas diretrizes a promoção da igualdade de gênero e a economia feminista e solidária. (Butto, 2011, p. 11). Por fim e não menos importante, une a ação da Terapia Ocupacional que se fundamenta em uma tríade dinâmica que envolve: terapeuta-paciente-atividade (Benneton, 1991, p.15).

Considerações finais

Para esta pesquisa buscou-se examinar as percepções e experiências sobre o sofrimento psíquico de mulheres nordestinas sertanejas e a partir da análise sobre suas falas em uma experiência de grupo, extrair os seus maiores

incômodos a fim de possibilitar novas reflexões e propostas a cerca do tema que se mostra tão presente no cotidiano dos serviços de Atenção Psicossocial, e ainda carecem de mais aprofundamento. Ao longo desse trabalho foi possível compreender a lógica da nossa sociedade ocidental patriarcal que tem, no decorrer dos anos, interferido nas relações de domínio sobre o feminino, impedindo que as mulheres possam exercer um lugar de protagonismo e poder que favoreçam construir sua história de forma singular. No contexto sertanejo, as desigualdades de gêneros são fortes, as relações de cuidado são profundamente impactadas pela disparidade entre papéis masculinos e femininos, que, por sua vez são naturalizados por processos educacionais, sociais, culturais e históricos. Mesmo dispondo de um cenário muito restrito para se desenvolverem como trabalhadoras, essa qualidade nunca lhes fora ausentes em lutas cotidianas que, por muitas vezes, custaram a própria saúde. Pensar no protagonismo pressupõe em promover lugar de fala dentro das Políticas Públicas que garantam maior acesso, oportunidade de escolhas, perceber o seu papel como sujeitos sociais que lutam para conquista de novos direitos. A compreensão sobre o lugar de fala das mulheres nordestinas sertanejas é essencial para assim conhecer os desafios vivenciados por elas, possibilitando maior visibilidade para assim pensar em cuidado e promoção em saúde e autonomia. Esse estudo visa oferecer a reflexão e crítica social para a compreensão que as questões de gênero são problemas de saúde pública porque se relacionam com sofrimentos e quadros psicopatológicos. Por isso, refletir sobre crenças enraizadas na sociedade e reunir as mulheres sertanejas, objetos dessa pesquisa, em torno dessa discussão, é, também, fazer saúde. É importante salientar que, no tocante ao serviço onde ocorreu a pesquisa, nem sempre funcionou sob lógica biomédica-psicológica. Na década de 1990 (Bleicher, 2015), mostrou-se como um dos pioneiros no desenvolvimento de crítica social, tornando-se modelo potente para a atenção à saúde mental sob as propostas locais de construção de autonomia, vínculos solidários e resgate da cidadania. Convém assinalar, na realidade brasileira, onde, por muitas vezes, o serviço público não chega junto às necessidades de seus usuários, o que acaba acontecendo é que a responsabilidade do cuidado

recai sobre as famílias, mas em especial, nas mulheres. Dessa forma, os serviços vão se tornando insuficientes porque, muitas vezes, têm mantido seu foco no ambulatório, ao invés de implementar programas que funcionem como suportes da vida diária das pessoas. O objetivo seria apresentar a Economia Solidária como alternativa de cuidado para as mulheres sertanejas e assim dar maiores oportunidades de geração de renda em um ambiente tão escasso de recursos como é o sertão nordestino. No entanto, essa pesquisa apresentou seus limites devido à ausência de atividades dessa natureza na cidade. Embora tenha existido o esforço em se levantar os dados e mostrar a necessidade das mulheres sertanejas dentro do serviço de Atenção Psicossocial, é de suma importância a garantia das políticas públicas que levem em consideração as diferenças de subjetivação a partir da cultura local para garantir que as necessidades e direitos dos usuários desse serviço sejam atendidos de forma adequada. Desse modo, é essencial que a legislação referente às políticas de saúde mental sejam cumpridas e implementadas, haja orçamento público para alocação de recursos que viabilizem a realização dos projetos terapêuticos de maneira efetiva, a participação cidadã através de conselhos participativos que permitam às próprias mulheres sertanejas influenciarem nas decisões e no monitoramento das políticas principalmente locais, como também, o monitoramento e avaliação pelos órgãos de fiscalização a fim de avaliar se os recursos e os objetivos estão obtendo os resultados desejados. Por fim a realização de ajustes e melhorias ao longo do tempo, garantindo a efetividade das ações implementadas. Espera-se que os resultados contidos neste estudo possam abrir caminhos para outras pesquisas similares que futuramente venham a desenvolver-se, dado que, tem-se a clareza da relevância desse tema para o nosso contexto atual, gerando sempre mais discussões e aprofundamento em vista da qualidade de vida das mulheres nordestinas sertanejas.

Referências

AGUIAR, V. V. P. *Mulheres rurais, movimento social e participação: reflexões a partir*

- da marcha das margaridas*. Política & Sociedade, v.15, p. 261-295, 2017.
- ALVES, D., GULJOR, A.P. *O Cuidado em Saúde Mental*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. Cuidado – fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.
- AMARANTE, P.; BELLONI, F. *Ampliando o direito e produzindo cidadania*. São Carlos, 2014, p. 15-20.
- AVRITZ, L.; KERCHE, F.; MARONA, M. (Org). *Governo Bolsonaro - Retrocesso Democrático e Degradação Política*. 1 a ed, Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Revista Eletrônica de Educação, v.6, n°1, mai 2012. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENNETON, J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo. Lemos Editorial, 1991.
- BERG, J. A. & Woods, N. F. (2009). *Global women's health: A spotlight on caregiving*. Nursing Clinics of North America, 44, 375–384. doi:10.1016/j.cnur.2009.06.003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de Jun 2013, seção 1, n.112, p. 59-62.
- BLEICHER, T. *A Política de Saúde Mental de Quixadá(1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde*. Universidade Estadual do Ceará. Tese de Doutorado. Fortaleza-Ceará: 2015.
- BUTTO, A., DANTAS, I. (Org.). *Autonomia e Cidadania: políticas de organização produtiva para mulheres do meio rural*. Ministério do Desenvolvimento Agrário. 1ª ed. Brasília, 2011.
- CAMPOS, S. G. W (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006 .
- CARNEIRO, E. C., M, J. S., & L., B. M. (2016). *Empreendimentos econômicos solidários: uma breve análise da arco sertão central*. In Anais do 1º Congresso Internacional de Economia Popular e Solidária e Desenvolvimento Local: Diálogo Brasil-Cuba. Feira de Santana: IEPS-UEFS.
- CARVALHO, A. M. A et al. *Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural?* Paidéia, 18(41), 431-444 .2008.
- CAVALCANTI, M.P.H & LIMA, E. E. H. T. *Marcha das Margaridas: participação política e empoderamento e movimento social em rede das mulheres do campo*

e da floresta. ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, v.3, n.5, p. 94-107, 2016.

CHAUÍ, M. *O que é ideologia?* São Paulo: Editora Brasiliense. 2012.

COSTA, R.R.O; FILHO, B.J et al. *As Rodas de Conversa como espaço de cuidado e promoção de Saúde Mental*. Rev. de Atenção à Saúde, v.13, nº 43, jan/mar, p 30-6. 2015.

DESVIAT, M. *A institucionalização da Loucura*. In: _____. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.15-45.

ENGEL, G.I. *Pesquisa – Ação*. Educar, Curitiba. Ed.UFPR, nº 16, p. 181-191. 2000.

FERREIRA, J. P. *Os segredos do sertão da terra: um longe perto*. Léguas & Meia: Revista de Literatura e Diversidade Cultural, 3(2), p. 25-39. 2004.

FURTADO, F. M. S. F. Et al. *Transtornos Mentais Comuns em Mulheres de Cidades Rurais: prevalência e variáveis correlatas*. Saúde e Pesquisa, Maringá (PR), v. 12, nº 1, p. 129-140. 2019.

HARARI, Y. N. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. São Paulo. Editora Companhia das Letras, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População residente em Quixadá-CE*. Ano 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/quixada.html>.

JORGE, M.S.B. Et al. *Avaliação da Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários*. Revista Baiana de Saúde Pública. Vol 31, nº 2, p. 255-266, jul-dez 2007

LOURO, G..L. *Gênero, Sexualidade e Educação*. Petrópolis (RJ), Vozes, 1997, p.14-36 .

MACIEIRA, G. *O povo brasileiro e seu país: diversidade cultural e miscigenação de raças*. Abril Educação, p.6-9, 2016. Disponível em: Slide 1 (isl-rs.com.br).

MARTINS, R. C. *Saúde Mental e Economia Solidária: construção democrática e participação de políticas públicas de inclusão social e economia*. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 45- 262, 2008.

MAZARO, L. M., MATSUKURA, T. S., LUSI, I. A. O. (2020). *Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(1), 127-146. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1880>

MENEZES, A., M.L.F., M.V.R. *Transtorno de ansiedade generalizada: Uma revisão da literatura e dados epidemiológicos*. Rev. Amazônia: Science & Health, 2017.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 11a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, A. A. A. *O Impacto das conferências de políticas para mulheres nas atividades do legislativo federal*. Dissertação. Mestrado . UFU, MG, 2016.
- PRIORI, M. D. (org). *História das Mulheres no Brasil*. 7 a ed. São Paulo: Contexto, 2004.
- RIBEIRO, D. *O que é: lugar de fala? Letramento: justificando*. Belo Horizonte(MG). 2017.
- SAMPAIO, J.J.C, CARNEIRO, C. *Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de SobralCE: planejamento, supervisão e reflexões críticas*. Sanare, Sobral, v.6, n° 2, p. 7-25, jul-dez 2005/2007.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora; 1999.
- SINGER, P. *Introdução à economia solidária*. São Paulo. Editora Perseu Abramo, 2002.
- TAVARES, M.S. *Os novos tempos e vivências da “solteirice” em compasso de gênero: ser solteira e solteiro em Aracaju e Salvador*. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Março, 2008.
- TILIO, R. *Padrões e estereótipos midiáticos na formação de ideias estéticos em adolescentes do sexo feminino*. Revista Ártemis, Vol XVIII, n° 1, jul-dez, 2014, p. 147-159.
- ZANATTA, L.F. et al. *Igualdade de gênero: porque o Brasil vive retrocessos?* Caderno Saúde Pública – Perspectivas, Rio de Janeiro, 32(8), Agosto, 2016.

Recebido em maio de 2024.

Aprovado em julho de 2024