



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BÁRBARA BARSOSA NEPOMUCENO

**IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA POBREZA E SUAS INFLUÊNCIAS NA
SAÚDE MENTAL E NO APOIO SOCIAL DE MULHERES EM CONTEXTO RURAL**

FORTALEZA
2019

BÁRBARA BARBOSA NEPOMUCENO

IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA POBREZA E SUAS INFLUÊNCIAS NA SAÚDE
MENTAL E NO APOIO SOCIAL DE MULHERES EM CONTEXTO RURAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Verônica Morais Ximenes

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- N362i Nepomuceno, Bárbara.
Implicações psicossociais da pobreza e suas influências na saúde mental e no apoio social de mulheres em contexto rural / Bárbara Nepomuceno. – 2019.
210 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Verônica Morais Ximenes.
1. Pobreza. 2. Saúde Mental. 3. Apoio Social. 4. Mulheres. I. Título.

CDD 150

BÁRBARA BARBOSA NEPOMUCENO

IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA POBREZA E SUAS INFLUÊNCIAS NA SAÚDE
MENTAL E NO APOIO SOCIAL DE MULHERES EM CONTEXTO RURAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Verônica Moraes Ximenes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Jäder Ferreira Leite
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof.^a Dr.^a Claudia Andréa Mayorga Borges
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof. Dr. Jaime Alfaro Inzunza (UDD)
Universidad del Desarrollo (Chile)

Ao meu novo e grande amor, Theo.

AGRADECIMENTOS

À Verônica Morais Ximenes, pelas orientações, pelo apoio, paciência e incentivos presentes em todo o doutorado. Nossa amizade e parceria se estendem para a vida.

Aos professores Walberto Santos, Jáder Leite, Claudia Mayorga, Jaime Alfaro, por aceitarem compor minha banca de avaliação da tese e contribuírem para sua melhoria.

Às pessoas que auxiliaram na coleta dos dados, equipe da Universidade do Amazonas (UFAM) e equipe do CRAS – Rural de Pentecoste.

Às mulheres das comunidades Serrota e Providência, sem vocês esta pesquisa não seria possível.

À professora Teresita Castillo León, que me acolheu na Universidad Autonoma de Yucatan durante a realização do estágio de doutorado sanduíche em Mérida, México.

Aos colegas de turma de doutorado, lembro com saudade dos nossos encontros, discussões e debates, sempre regados com muito afeto.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Ao meu filho, Theo, por me ensinar a amar infinitamente. Você me motiva a querer ser melhor.

Ao meu amor, companheiro de vida, Igor. Obrigada pelo cuidado amoroso, paciência, parceria e tensionamentos durante a construção desse trabalho e na vida.

A minha família, Wagner e Chica, meus pais amorosos, Léo e Rapha, meus irmãos parceiros de uma vida, Poly, Camila, minhas cunhadas queridas, Cauê, Gael e Yasmin, meus sobrinhos e tesouros amados.

À Diana, Gabi, Mille, Dona Emily, Kita, Bel e toda a família Barbosa, que se tornou minha também. Obrigada pelo apoio, alimentos e afetos proporcionados.

Aos meus amigos, Flora, Lu, João Paulo, Vaneska e James, que durante a dureza da caminhada sempre me oferecem um colo, uma mão companheira e boas risadas.

À Elívia, minha parceira de tese, de México e de vida. Tem sido um presente compartilhar essa caminhada com você.

Ao NUCOM, espaço de produção de trabalhos implicados e construção de afetos.

Aos amigos da Faculdade Ari de Sá, que me apoiaram e incentivaram ao longo deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

No Brasil, a pobreza se apresenta de forma mais contundente entre as populações rurais e no Norte e Nordeste país. As mulheres estão entre os grupos mais vulneráveis a problemática, com maior restrição à proteção social, além de apresentarem maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns. Considerando tal realidade, indagamos *Que influências se dão entre pobreza, apoio social e saúde mental em mulheres pobres no contexto rural?* A tese tem por objetivo geral analisar as implicações psicossociais da pobreza e suas influências no apoio social e na saúde mental de mulheres em contexto rural. Os objetivos específicos são: comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do Norte e Nordeste brasileiro; analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza; identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza; analisar as influências entre apoio social e saúde mental em mulheres no contexto de pobreza rural. A pobreza é considerada como um fenômeno multidimensional, com implicações psicossociais. O gênero é analisado como categoria histórica, política e analítica, que possibilita a compreensão das construções sociais em torno do masculino e feminino, assim como das relações desiguais constituídas entre estes, contrapondo-se ao determinismo biológico em torno do sexo. A produção da saúde mental é compreendida a partir de uma complexa teia de determinações de ordem econômica, social, política, cultural e singular, que se expressam de maneira diversa entre as classes sociais e os gêneros. O apoio social é considerado como um processo interacional estabelecido entre os sujeitos, capaz de prover ajudas de ordem afetiva, instrumental, informacional e cognitiva, promovendo qualidade de vida e bem-estar para os sujeitos envolvidos. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e quantitativa. Na etapa quantitativa, foram aplicados 756 Questionários de Mensuração de Pobreza Multidimensional, em homens e mulheres moradores de comunidades rurais dos municípios de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM). Na etapa qualitativa, foram realizadas 05 oficinas temáticas e 07 entrevistas individuais com mulheres moradoras dos distritos Serrota e Providência, da cidade de Pentecoste (CE). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, comparação de médias (Teste t de *Student* e Análise de Variância), Análise de Correlação de *Pearson* e *Spearman* e *Qui Quadrado*. Os dados qualitativos foram apreciados a partir da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados apontaram que a pobreza que se expressa em sua multidimensionalidade e que impõe uma série de privações as mulheres rurais, manifestas em diversos âmbitos da vida. São altos os indicadores de privação nos contextos pesquisados, em especial nas dimensões trabalho, renda e educação. As mulheres apresentam piores indicadores

de pobreza multidimensional e maior prevalência aos transtornos mentais comuns. A centralidade da responsabilidade da mulher com trabalho doméstico, o abandono dos homens no cuidado com os filhos, a violência de gênero e a ausência de uma rede formal de apoio social provida pelo Estado, que considere as desigualdades de gênero, somadas às problemáticas sociais vividas no campo, são fatores que vulnerabilizam as mulheres rurais ao sofrimento psíquico e a pobreza. O apoio social formal e informal se apresentam como importantes recursos protetivos a saúde mental e como estratégias coletivas de enfrentamento à pobreza e ao sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Pobreza, Saúde Mental, Apoio Social, Mulheres.

ABSTRACT

In Brazil, poverty is most striking among rural populations and in the North and Northeast of the country. Women are among the groups most vulnerable to problems, with greater restriction to social protection, in addition to presenting a higher prevalence of Common Mental Disorders. Considering this reality, we ask what influences are there between poverty, social support and mental health in poor women in the rural context? The general objective of the thesis is to analyze the psychosocial implications of poverty and its influences on social support and mental health of women in rural settings. The specific objectives are: to compare the multidimensional poverty rate of men and women living in rural communities in the North and Northeast of Brazil; to analyze the mental health of women living in poverty; to identify the social support network of women living in poverty; and to analyze the influences between social support and mental health in women in the context of rural poverty. Poverty is considered a multidimensional phenomenon with psychosocial implications. Gender is analyzed as a historical, political and analytical category, which enables the understanding of social constructions around the masculine and feminine, as well as the unequal relations constituted between them, opposing the biological determinism around sex. The production of mental health is understood from a complex web of determinations of economic, social, political, cultural and singular order, which express themselves differently between social classes and genders. Social support is considered as an interactive process established between subjects, capable of providing affective, instrumental, informational and cognitive help, promoting quality of life and well-being for the subjects involved. This is a qualitative and quantitative study. In the quantitative stage, 756 Multidimensional Poverty Measurement Questionnaires were applied to men and women living in rural communities in the municipalities of Pentecoste (CE) and Humaitá (AM). In the qualitative stage, 05 thematic workshops and 7 individual interviews were held with women residents of the Serrota and Providência districts of the city of Pentecoste (CE). Descriptive statistical analyses, comparison of means (Student's t-test and Analysis of Variance), Pearson's and Spearman's Correlation Analysis and Chi-square were performed. Qualitative data were assessed from the Thematic Content Analysis. The results showed that poverty, which is expressed in its multidimensionality and which imposes a series of deprivations on rural women, manifested in various areas of life. The indicators of deprivation are high in the studied contexts, especially in the dimensions of work, income and education. Women have worse indicators of multidimensional poverty and greater prevalence

of common mental disorders. The centrality of women's responsibility for domestic work, the abandonment of men in childcare, gender violence and the absence of a formal social support network provided by the State that takes into account gender inequalities, together with the social problems experienced in the countryside, are factors that make rural women vulnerable to psychological suffering and poverty. Formal and informal social support are important protective resources for mental health and collective strategies to combat poverty and psychological suffering.

Keywords: Poverty, Mental Health, Social Support, Women.

RESUMEN

En Brasil, la pobreza es más presente entre las poblaciones rurales y en el norte y noreste del país. Las mujeres se encuentran entre los grupos más vulnerables a la problemática, con una mayor restricción a la protección social, además de presentar una mayor prevalencia de Trastornos Mentales Comunes. Teniendo en cuenta esta realidad, nos preguntamos ¿Qué influencias existen entre la pobreza, el apoyo social y la salud mental en las mujeres pobres en el contexto rural? El objetivo general de la tesis es analizar las implicaciones psicosociales de la pobreza y su influencia en el apoyo social y la salud mental de las mujeres en entornos rurales. Los objetivos específicos son: comparar la tasa de pobreza multidimensional de hombres y mujeres que viven en comunidades rurales en el Norte y Noreste de Brasil; analizar la salud mental de las mujeres que viven en la pobreza; identificar la red de apoyo social de las mujeres que viven en la pobreza; y analizar las influencias entre el apoyo social y la salud mental en las mujeres en el contexto de la pobreza rural. La pobreza se considera un fenómeno multidimensional con implicaciones psicosociales. El género se analiza como una categoría histórica, política y analítica, que permite comprender las construcciones sociales en torno a lo masculino y lo femenino, así como las relaciones desiguales que se constituyen entre ellos, oponiéndose al determinismo biológico en torno al sexo. La producción de salud mental se entiende a partir de una compleja red de determinaciones de orden económico, social, político, cultural y singular, que se expresan de manera diferente entre clases sociales y géneros. El apoyo social es considerado como un proceso interactivo establecido entre sujetos, capaz de proporcionar ayuda afectiva, instrumental, informativa y cognitiva, promoviendo la calidad de vida y el bienestar de los sujetos involucrados. Se trata de un estudio cualitativo y cuantitativo. En la etapa cuantitativa, se aplicaron 756 Cuestionarios de Medición de la Pobreza Multidimensionales a hombres y mujeres que viven en comunidades rurales de los municipios de Pentecoste (CE) y Humaitá (AM). En la etapa cualitativa, se realizaron 05 talleres temáticos y 7 entrevistas individuales con mujeres residentes de los distritos de Serrota y Providencia de la ciudad de Pentecoste (CE). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, comparación de medias (*Test t de Student* y *Análisis de Varianza*), *Análisis de Correlación de Pearson* y *Spearman* y *Chi-cuadrado*. Los datos cualitativos se evaluaron a partir del análisis de contenidos temáticos. Los resultados mostraron que la pobreza, que se expresa en su carácter multidimensional y que impone una serie de privaciones en diversos ámbitos de la vida de las mujeres. Los indicadores de privación son altos en los contextos estudiados, especialmente en las dimensiones de trabajo, ingresos y educación. Las mujeres tienen peores indicadores de

pobreza multidimensional y mayor prevalencia de trastornos mentales comunes. La centralidad de la responsabilidad de las mujeres en el trabajo doméstico, el abandono de los hombres en el cuidado de los niños, la violencia de género y la ausencia de una red de apoyo social formal por parte del Estado que tenga en cuenta las desigualdades de género, junto con los problemas sociales que se viven en el campo, son factores que hacen que las mujeres rurales sean más vulnerables al sufrimiento psicológico y la pobreza. El apoyo social formal e informal son importantes recursos de protección para la salud mental y estrategias colectivas para combatir la pobreza y el sufrimiento psicológico.

Palabras Clave: Pobreza, Salud Mental, Apoyo Social, Mujeres.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Mapas Pentecoste (CE) e Humaitá (AM).....	29
Figura 2	– Mapa das distâncias entre sede de Pentecoste e Fortaleza, distrito Serrota e distrito Matias.....	44
Figura 3	– Divisão do IPM-Total em Quartis.....	79
Figura 4	– Categorias de análise do Apoio Social.....	131
Figura 5	– Análise Qualitativa do Apoio Social em mulheres rurais.....	161

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Autopercepção da Pobreza.....	74
Gráfico 2 – Comparação das médias do Índice de Pobreza Multidimensional e suas dimensões entre Pentecoste e Humaitá.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Índice Geni e Pobreza dos Estados e Municípios Pesquisados.....	31
Tabela 2	– Relação entre objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta e análise dos dados.....	32
Tabela 3	– Comunidades de aplicação do Questionário de Mensuração de Pobreza Multidimensional.....	34
Tabela 4	– Perfil dos participantes da Fase 01 da Pesquisa.....	35
Tabela 5	– Indicadores do Índice Mensuração da Pobreza Multidimensional.....	38
Tabela 6	– Perfil das mulheres entrevistadas.....	45
Tabela 7	– Descrição das oficinas realizadas na 2ª Fase do Estudo.....	48
Tabela 8	– Perfil de Homens e Mulheres participantes da pesquisa nos municípios de Pentecoste e Humaitá.....	72
Tabela 9	– Contextos familiares.....	75
Tabela 10	– Comparação das médias do Índice de Pobreza Multidimensional e suas dimensões entre Pentecoste (CE) e Humaitá (AM).....	77
Tabela 11	– Comparação do Índice de Pobreza Multidimensional de Homens e Mulheres.....	78
Tabela 12	– Divisão de Homens e Mulheres nos Quatis de Pobreza Multidimensional.....	79
Tabela 13	– Índice de Pobreza Multidimensional Total em função do estado civil e número de filhos.....	80
Tabela 14	– Índice de Pobreza Multidimensional Total em função do número de filhos com até 6 anos.....	80
Tabela 15	– Resultado do SRQ-20 entre homens e mulheres de Pentecoste (CE).....	99
Tabela 16	– Prevalência de TMC entre mulheres em estudos brasileiros.....	99

Tabela 17 – Prevalência de TMC entre mulheres de Pentecoste em função de Pobreza Multidimensional e variáveis sociodemográficas.....	104
Tabela 18 – Test <i>Post Hoc Bonferroni</i> -variável dependente SRQ-Total e variável independente nº de filhos.....	110
Tabela 19 – Resultado SRQ-20 Total de mulheres em pobreza multidimensional.....	113
Tabela 20 – Correlação de <i>Pearson</i> entre SRQ-Total e IPM.....	115
Tabela 21 – Perfil das mulheres participantes da pesquisa nos municípios de Pentecoste/BR e Humaitá/BR.....	155
Tabela 22 – Percepção do suporte social em função dos quartis de pobreza multidimensional.....	160

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Amazonas
ANOVA	Análise de Variância
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DP	Desvio Padrão
EPSS	Escala de Percepção de Suporte Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional (
M	Média
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIF	Proteção e Atendimento Integral a Famílias
PBF	Programa Bolsa Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAGI	Sistema de Avaliação e Gestão da Informação
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimentos dos Vínculos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRQ - 20	Self Report Questionnaire 20
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	28
2.1 Local da Pesquisa.....	29
2.2 Etapas da Pesquisa: procedimentos de construção e análise dos dados.....	31
2.2.1 Primeira Etapa: Fase Pesquisa Quantitativa.....	33
2.2.1.1 Participantes.....	35
2.2.1.2 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados.....	36
2.2.2. Segunda Etapa: Fase Pesquisa Qualitativa	42
2.2.2.1 Participantes.....	45
2.2.2.2 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados.....	46
2.3 Aspectos Éticos.....	50
3 UMA LEITURA DA POBREZA MULTIDIMENSIONAL SOB O VIÉS DE GÊNERO: DIFERENÇAS DE SUA EXPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES MORADORES DE COMUNIDADES RURAIS	52
3.1 A pobreza e sua expressão no rural.....	53
3.2 Pobreza: uma leitura para além da renda.....	58
3.3 Reflexões sobre a relação entre gênero, pobreza e ruralidade.....	63
3.4 A pobreza multidimensional e sua expressão na vida de homens e mulheres rurais de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM).....	71
3.4.1 <i>Quem são e como vivem os homens e mulheres nos municípios pesquisados..</i>	71
3.4.2 <i>Índice de Pobreza Multidimensional entre homens e mulheres.....</i>	76
3.5 Distanciamentos e aproximações da expressão da pobreza em homens e mulheres	81
4 RETRATOS DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUE VIVEM EM CONDIÇÕES DE POBREZA.....	87
4.1 Saúde mental em contextos de pobreza e suas intersecções com a ruralidade	88
4.2 Saúde mental e mulheres em contextos rurais - reflexões importantes.....	95
4.3 A avaliação da saúde mental de mulheres rurais em contextos de pobreza.....	98
4.3.1 <i>Gênero e suas influências na prevalência aos Transtornos Mentais Comuns.</i>	98
4.3.2 <i>Relação entre condições de vida e saúde mental: análise das variáveis sociodemográficas influentes.....</i>	104
4.3.3 <i>Pobreza Multidimensional e cuidado em saúde mental.....</i>	113

5 REDES DE APOIO SOCIAL DE MULHERES EM CONTEXTOS DE POBREZA RURAL	120
5.1 Apoio Social: definição, origem e perspectivas de estudo.....	122
5.2 O apoio social e suas fontes: uma discussão sobre os sujeitos envolvidos nas relações de ajuda.....	124
5.3 Efeitos do Apoio Social: reverberações das relações de suporte.....	127
5.4 Mapeamento do apoio social de mulheres em pobreza rural em Pentecoste	130
<i>5.4.1 Fontes de Apoio Social: com quem as mulheres contam nos momentos de dificuldade?.....</i>	<i>131</i>
<i>5.4.2 Tipos de apoio social e seus efeitos na vivência de mulheres rurais.....</i>	<i>144</i>
6 APOIO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM MULHERES EM CONTEXTOS DE POBREZA NO BRASIL.....	152
6.1 Metodologia.....	155
<i>6.1.1 Participantes.....</i>	<i>155</i>
<i>6.1.2 Instrumentos.....</i>	<i>156</i>
<i>6.1.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados.....</i>	<i>156</i>
6.2 Resultados e Discussão.....	157
<i>6.2.1 Expressão do sofrimento psíquico em mulheres rurais.....</i>	<i>157</i>
<i>6.2.2 Apoio Social: um importante recurso de enfrentamento.....</i>	<i>160</i>
6.3 Conclusões e recomendações.....	164
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES	192
ANEXOS	208

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa de tese¹ tem por objetivo analisar as implicações psicossociais da pobreza e suas influências no apoio social e na saúde mental de mulheres em contexto rural. A relevância do estudo da temática da pobreza deve-se ao fato desta problemática se fazer presente, de forma direta ou indireta, na vida de milhares de brasileiros, em especial entre mulheres e pessoas moradoras de contextos rurais. Além disso, destacamos a importância do desenvolvimento de pesquisas que circunscrevam as problemáticas psicossociais da população latinoamericana e permitam uma maior dedicação da ciência Psicológica na produção de saberes e práticas que visem contribuir com a superação de desigualdades sociais historicamente construídas.

Almejamos que a pesquisa possa contribuir com a análise dos efeitos da pobreza na saúde mental e no apoio social de mulheres moradoras de comunidades rurais. Contribuindo, assim, para o avanço dos estudos e intervenções com foco na pobreza, com destaque às suas especificidades na vivência de mulheres situadas em contextos rurais. Colocamos sob foco de análise os efeitos desta vivência na produção de singularidades e na constituição dos sofrimentos ético-políticos, assim como dos enfrentamentos e resistências instituídos. A temática acima apresentada enquadra-se na linha de pesquisa *Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais*, do curso de Doutorado do Programa em Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A pesquisa em questão reflete a trajetória da doutoranda, sua formação durante a graduação em Psicologia e as interlocuções estabelecidas durante a Pós-Graduação em Psicologia na UFC, através dos cursos de mestrado e doutorado (em curso). Nesta caminhada, destacamos a participação em atividades no Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), em especial no Grupo de Pesquisa do CNPq – NUCOM: Identidade, Comunidade e Sustentabilidade, nas pesquisas “*Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades do Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafistula (Apuiarés/Ceará)*” (no período de 2011 a 2013) e “*Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul*” (iniciada em 2014)². Esta última, é uma pesquisa guarda-chuva que integra vários estudos sobre as implicações psicossociais da pobreza no contexto rural,

¹ Financiada pela bolsa de doutorado Capes- Programa Demanda Social.

² Ambas as pesquisas coordenadas pela Prof^a Dr^a Verônica Moraes Ximenes, coordenadora do Núcleo de Psicologia Comunitária da UFC.

entre eles a referida pesquisa de tese. Este estudo guarda-chuva possibilitou um aprofundamento dos nossos estudos sobre a realidade da pobreza rural em diferentes regiões do país, assim como produziu problematizações sobre as contribuições da psicologia na compreensão do fenômeno.

Ademais de tais atividades, é relevante comentarmos que muitas das indagações, que impulsionaram a necessidade deste tema de pesquisa, surgiram também da dissertação de mestrado intitulada *“Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”*. Onde estudamos as implicações psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Fortaleza (CE). Os resultados da dissertação, realizada no contexto urbano, com homens e mulheres, revelam para uma pobreza que se expressa a partir de uma perspectiva multidimensional, historicamente construída e produtora de processos de culpabilização e experiências de violência e humilhação para os sujeitos que a vivenciam. Apontam também para uma circularidade existente entre pobreza e sofrimento psíquico, para um cenário de fragilidade no cuidado institucional em saúde mental e para a importância da atuação da rede de apoio social. A pesquisa promoveu indagações sobre a existência de especificidades da vivência da pobreza para mulheres, a importância da consideração do gênero na leitura da pobreza, uma vez que os discursos de homens e mulheres se mostravam atravessados pelos lugares sociais ocupados por esses sujeitos. Outra indagação que surge da pesquisa de mestrado, é sobre a existência de aproximações e distanciamentos do observado no contexto urbano, quando considerada a realidade rural.

Durante a realização do doutorado, de agosto a novembro de 2017, ocorreu a realização do estágio de doutorado sanduíche, na Universidad Autónoma de Yucatan (México), sob orientação da Professora Doutora Teresita Castillo León. Durante o estágio ocorreu a participação no desenvolvimento de uma pesquisa internacional sobre as implicações psicossociais da pobreza no México, Brasil e Colômbia. Esta atividade possibilitou problematizarmos questões socioculturais, históricas e psicológicas envolvidas na produção da pobreza e distanciamentos e aproximações existentes nos três cenários pesquisados. Outra atividade importante ocorrida durante o doutorado sanduíche foi a participação em projetos de extensão desenvolvidos em comunidades rurais do Estado de Yucatan (México), na ocasião foi possível entrar em contato com questões próprias aos modos de vida e à produção da saúde mental da população maia, moradora de comunidades rurais.

A pesquisa, iniciada em 2015 com o começo das atividades do doutorado, necessitou de uma pausa, no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, em decorrência

da licença maternidade da doutoranda. A maternidade, por um lado, trouxe desafios na continuidade do trabalho, em função da necessidade de conciliar tese, atividades domésticas e de cuidado com o bebê, além do trabalho em uma instituição de ensino superior. Por outro lado, também possibilitou a pesquisadora, a vivência de uma série de questões próprias a este desafio, como o lugar da rede de apoio social, o cuidado com os filhos e as funções paternas e maternas frente a este, que foram importantes para uma maior aproximação com a experiência das mulheres participantes do estudo. Destacamos esta questão por entender a importância de tencionar o reconhecimento na academia dos desafios que muitas mulheres enfrentam ao buscar conciliar vida profissional e vida privada.

No que se relacionam às categorias centrais de análise do estudo, nesta pesquisa, pobreza rural, gênero, saúde mental e apoio social são tomadas em suas dimensões psicossociais, dando destaque aos processos que se instituem em um plano intersubjetivo, a partir dos atravessamentos do social no humano, assim como a sua reversibilidade (NEPOMUCENO, 2013). Pobreza é considerada como um fenômeno multidimensional (SEN, 2010), com implicações psicossociais (CIDADE, MOURA JR., XIMENES, 2012). O gênero é analisado como categoria histórica, política e analítica, que possibilita a compreensão das construções sociais em torno do masculino e feminino, assim como das relações desiguais constituídas entre estes, contrapondo-se ao determinismo biológico em torno do sexo (SAFFIOTI, 2004; ZANELLO; SILVA, 2012; ZANELLO, 2017). A produção da saúde mental é compreendida a partir de uma complexa teia de processos de determinações de ordem econômica, social, política, cultural e singular, que se expressam de maneira diversa entre as classes sociais e os gêneros (LUDEMIR, 2008). O apoio social é considerado como um processo interacional estabelecido entre os sujeitos, capaz de prover ajudas de ordem afetiva, instrumental, informacional e cognitiva (SIQUEIRA, 2008), promovendo qualidade de vida e bem-estar para os sujeitos envolvidos, ademais de ser uma importante estratégia de enfrentamento à pobreza e ao sofrimento psíquico.

A pobreza é problemática mundial, atualmente 700 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com menos de 1,90 dólar por dia (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019). Durante os anos de 1990 a 2018, houve uma queda importante nos indicadores de pobreza extrema mundial, de 36% para 8,6%. Pobreza e desigualdade social são fenômenos interligados, 1% dos mais ricos possuem a mesma riqueza que os 99% restantes da população e os oito mais ricos do mundo possuem uma riqueza equivalente à dos 50% mais pobres (OXFAN, 2017). A erradicação da pobreza não é possível sem a eliminação das desigualdades sociais. Entre 1990 e 2013, um bilhão de pessoas no mundo saíram da condição de pobreza,

caso o crescimento médio da renda dos pobres fosse superior ao crescimento médio da renda dos ricos, poderíamos subir este indicador para 200 milhões de pessoas (OXFAN, 2018).

Na mesma trilha dos marcadores de desigualdade mundiais, no Brasil temos também uma realidade social marcada pela desigualdade social e pobreza. Nas últimas décadas, o país também viveu um período de redução da pobreza e desigualdade, mas desde 2016³ o quadro começa a mudar, em decorrência da crise política e econômica que vivemos. Entre 1988 e 2015, reduzimos de 37% para menos de 10% a população abaixo da linha da pobreza e, nos últimos 15 anos, 28 milhões de pessoas saíram da condição de pobreza (OXFAN, 2018), entretanto a concentração de renda se manteve estável (BANCO MUNDIAL, 2017). Entre 2016 e 2017, vivemos uma retomada do crescimento da pobreza e extrema pobreza: a proporção de pobres subiu de 25,7% da população para 26,5% (rendimento de até US\$ 5,5 por dia), em números absolutos, a variação foi de 52,8 milhões de pessoas para 54,8 milhões. Em relação à pobreza extrema, subimos de 6,6% para 7,4% o percentual das pessoas em extrema pobreza (rendimento domiciliar per capita inferior a US\$ 1,9 por dia), totalizando 15 milhões de pessoas nesta condição. O crescimento ocorreu em todas as regiões do país, exceto no Norte onde se manteve estável. Entretanto a região segue ocupando o segundo lugar de piores indicadores de pobreza, perdendo apenas para o Nordeste (IBGE, 2018a).

Historicamente, as regiões Norte e Nordeste apresentam uma maior concentração de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza, em 2013 que concentram 2/3 dos extremamente pobres e 1/2 dos pobres (SOUZA; OSÓRIO, 2013). CEPAL (2016) alerta que na América Latina a redução da pobreza não ocorreu de maneira uniforme entre homens e mulheres, pois uma pesquisa aponta o crescimento do índice de feminilidade da pobreza nos lares pobres e extremamente pobres. No Brasil, até 2016, caiu a taxa de pobreza, no entanto o índice de feminilidade cresceu de 105,2 para 115,2 (CEPAL, 2016). Considerando a distribuição da pobreza em relação a diferenças de gênero, raça e configuração familiar, 64,4% mulheres pardas ou negras sem cônjuge e com filhos até 14 anos estão em condição de pobreza, sendo o grupo social mais vulnerável. Este grupo também é o que vive mais restrições em relação à proteção social (46,1%) e à moradia adequada (28,5%) (IBGE, 2018b). Segundo Soares *et al.* (2016), nos contextos rurais das regiões Norte e Nordeste do país, os índices dos domicílios chefiados por mulheres não acompanharam os níveis nacionais de queda da pobreza. É relevante destacar tais questões, pois as intervenções e análises da pobreza as invisibilizam,

³ Ano em que vivemos o Impeachment da presidente Dilma Rousseff. Um golpe de Estado que afastou da presidência a candidata eleita democraticamente, assumindo o cargo Michel Temer, seu vice.

ignorando-as, uma vez que avaliam a unidade familiar desconsiderando as relações assimétricas nela existente (OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA, 2005).

Pesquisas que visam avaliar os impactos do Programa Bolsa Família (PBF)⁴, para mulheres, têm evidenciado a necessidade de se considerar as especificidades do gênero feminino na análise da pobreza. Resultados positivos foram alcançados como: o fortalecimento da autoestima, a reconstrução dos vínculos sociais, a ampliação no acesso a bens e serviços (SANTOS, 2004); além da queda nas taxas de fecundidade entre as beneficiárias do programa (SIMÕES, 2011); e uma maior rejeição a trabalhos desvalorizados e sub-remunerados (BAGOLIN; SOUZA; COMIM, 2012), assim como uma maior autonomia, sentimento de liberdade, diminuição da angústia (RÊGO; PIZANNI, 2014). Entretanto, limitações também são identificadas como o fortalecimento de padrões estereotipados em torno do gênero feminino à maternidade e à esfera doméstica (MARIANO, 2010). Padrões estes naturalizados e produtores de desigualdades sociais entre homens e mulheres, que no contexto rural encontram-se mais arraigados (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Tais dados nos levam a compreender que a pobreza se expressa de diferentes formas, em função de marcadores contextuais, da região e do cenário (urbano ou rural), assim como do gênero e da raça, sendo as mulheres negras e pardas, originárias do Norte e Nordeste e do contexto rural as mais vulneráveis. Cabe problematizarmos como tais marcadores sociais se inter-relacionam na produção desta maior vulnerabilização. Isto implica o desafio de estabelecer um olhar para as interseccionalidades (CRENSHAW, 2004; HIRATA, 2014) existentes nas relações estabelecidas entre as sobreposições destes marcadores sociais na vida dos sujeitos. E assim, considerar que as diferentes opressões relacionadas ao gênero, à condição socioeconômica, à região de nascimento e moradia, se combinam e afetam as vidas das pessoas de formas peculiares.

Ao analisar as implicações psicossociais da pobreza no campo da saúde mental, observamos que também haverá diferenças entre homens e mulheres e entre os contextos rurais e urbanos. A OMS (2002) afirma que os pobres e os desfavorecidos acusam uma maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais. Para Patel e Kleinman (2003), determinados transtornos, como os Transtornos Mentais Comuns (TMC), devem ser colocados no rol das doenças associadas à pobreza. Ademais, a prevalência dos TMC costuma ser superior entre mulheres e tem forte relação com ambientes de vulnerabilidade social, econômica e

⁴ O Programa Bolsa Família (PBF) é “um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM)” (BRASIL, <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>)

psicossocial (LUDEMIR, 2008; FONSECA, 2008). Segundo Araújo, Pinho e Almeida (2005), a alta sobrecarga doméstica, o baixo nível de escolaridade, ser negra ou parda, viver sem um companheiro, baixa ou nenhuma renda estão significativamente associados ao transtorno em mulheres. No que se refere a relação entre gênero e saúde mental, pesquisas revelam que questões geradoras de sofrimento psíquico têm base nos estereótipos de gênero (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; ZANELLO; COSTA; SILVA, 2012). No contexto rural, a questão se complexifica, uma vez que frequentemente não são ofertados adequados serviços de cuidado em saúde mental (LUZIO; LABBATE, 2009; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

A avaliação da saúde mental na atualidade se faz relevante, uma vez que os transtornos mentais, em especial a depressão e a ansiedade, estão fortemente relacionados aos índices de incapacidades e mortalidades da população residente nas Américas. Na América Latina, esta relação ocorre fortemente com os TMC. No Brasil, encontramos o maior peso dos transtornos mentais entre as doenças incapacitantes, considerando sua comparação com os demais países da América (36,55%). O país também ocupa o segundo lugar no ranking, onde a depressão tem maiores pontuações como causa de incapacidade (9,4%) e o primeiro lugar quando se tratando da ansiedade (7,5%) (OMS, 2018). De acordo com a OMS (2018), melhoras significativas são possíveis quando há um fortalecimento da rede de serviços de saúde mental de base comunitária. Entretanto, vivemos no território nacional, um período de fragilização e enfraquecimento da rede de saúde mental de base territorial e a configuração de um cenário de perdas de conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica⁵. Fato que se agrava quando consideramos o contexto rural, onde os avanços no campo atenção em saúde mental, historicamente, se deram de forma incipiente (COSTA; NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Ao considerarmos as problemáticas decorrentes da vivência do sofrimento psíquico e da pobreza, a análise da categoria apoio social se faz importante uma vez que esta tem se apresentado como uma estratégia de enfrentamento às adversidades vividas (LEVER; MARTÍNEZ, 2007; SILVA *et al.*, 2016). Em meio a um contexto de pobreza, de um histórico de ineficiência e fragilização das políticas sociais (SPOSATI, 2013, 2003), as populações tendem a desenvolver ações coletivas e individuais para superar as dificuldades vividas. As pesquisas desenvolvidas pelo grupo de pesquisa do NUCOM têm demonstrado que frente a problemáticas como privação de alimentos, seca, ausência de moradia, falta de recursos

⁵ A Reforma Psiquiátrica preconiza, respaldada pela Lei Federal 10.216, que se deve ampliar e fortalecer a rede de serviços de atenção a saúde mental de base territorial e comunitária. Porém o Governo Federal atual tem reduzido os recursos destinados a tais serviços e ampliado os recursos de financiamento para os hospitais psiquiátricos. Fortalecendo assim uma lógica hospitalocêntrica.

financeiros, a população alcança recursos e ajudas para enfrentá-los através da rede de apoio social, capaz de possibilitar tanto apoio material quanto afetivo (ESTANISLAU *et al.*, 2018; NEPOMUCENO; SILVA; XIMENES, 2016; XIMENES; CIDADE; NEPOMUCENO, 2016). No que se refere aos efeitos produzidos pelo acesso ao apoio social, pesquisas o tem apontado este como protetivo à saúde (FRANÇA *et al.*, 2018, LACERDA; VALLA, 2005; VALLA, 2000). Cabe investigar os alcances e limites desta rede apoio social, formal e informal, assim como as suas especificidades e configurações quando se trata de mulheres moradoras do contexto rural.

Diante do exposto, constatamos a necessidade de um aprofundamento nos estudos sobre as implicações da pobreza rural, dando destaque aos efeitos que o gênero produz na vida de mulheres pobres, ademais de considerar que as categorias apoio social e saúde mental são fenômenos importantes de serem investigados. Portanto, este estudo estabelece alguns questionamentos: *Quais as implicações psicossociais da pobreza rural para mulheres? Que influências se dão entre pobreza, apoio social e saúde mental em mulheres pobres no contexto rural?* Em busca de responder a tais indagações, definimos como objetivo geral do estudo: analisar as implicações psicossociais da pobreza e suas influências no apoio social e saúde mental de mulheres em contextos rurais. Para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do Norte e Nordeste brasileiro; analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza; identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza; analisar as influências entre apoio social e saúde mental em mulheres no contexto de pobreza rural.

A tese está estruturada em cinco capítulos. O primeiro apresenta o percurso metodológico da pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, desenvolvido em duas etapas. Na etapa quantitativa foram aplicados 756 Questionários de Mensuração da Pobreza Multidimensional, em homens e mulheres moradores de comunidades rurais dos municípios de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM). O instrumento é composto pelo *Instrumento de Mensuração da Pobreza Multidimensional* (MOURA JÚNIOR, 2015; XIMENES *et al.*, 2016) com adaptações, a versão adaptada para o Brasil do *Self Report Questionnaire - SRQ-20* (MARI; WILLIAMS, 1986) e versão reduzida da *Escala de Percepção de Suporte Social* (XIMENES *et al.*, 2020, no prelo). Na etapa qualitativa, foram realizadas 05 oficinas temáticas e 07 entrevistas individuais com mulheres moradoras dos distritos Serrota e Providência, da cidade de Pentecoste (CE). As oficinas contaram com a participação de 25 mulheres atuantes das atividades promovidas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – Rural. Os

dados quantitativos foram todos tabulados e passam por diferentes tipos de análises estatísticas, com o auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0*. Os dados qualitativos foram transcritos, para posterior sistematização e análise com o auxílio do *software Atlas.Ti 5.2*. Os mesmos foram analisados através da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2004).

O segundo capítulo contempla o objetivo específico comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do Norte e Nordeste brasileiro. Tem natureza quantitativa e compara os resultados da pobreza multidimensional de homens e mulheres de Pentecoste (CE) e de Humaitá (AM). Problematizamos as especificidades da vivência da pobreza para homens e mulheres no contexto rural, a partir de uma leitura de gênero. Primeiramente, é apresentada uma discussão da pobreza e sua expressão no contexto rural, são apresentados dados que nos permitem conhecer a expressão do fenômeno, considerando as pluralidades de configurações do rural. Pobreza é discutida em uma perspectiva multidimensional (SEN, 2010; BAGOLIM; SOUZA; COMIM, 2012; CODES, 2008), estrutural ao sistema capitalista (YASBEK, 2012, 2015), capaz de produzir efeitos no bem-estar e nos estados de saúde da população, além de impactar em formas singulares de expressão no psiquismo (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012; MOURA JR.; XIMENES; SARRIERA, 2014). A seguir são discutidas as relações entre gênero, pobreza e ruralidade, com destaques às interseccionalidades (CRENSHAW, 2004; HIRATA, 2014) os diversos “nós”, que se estabelecem entre gênero, ruralidade e pobreza.

No terceiro capítulo é abordado o objetivo específico analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza. Para tanto, são analisados os dados quantitativos do *Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional* e do *Self Report Questionnaire - SRQ-20*, em diálogo com dados provenientes das entrevistas e grupos focais realizados com mulheres de Pentecoste. O capítulo explora as influências das condições de vida em pobreza rural na saúde mental de mulheres, abordando fatores relacionados a uma maior predisposição das mulheres ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns. Saúde mental é compreendida no seu processo de determinação social, constituída a partir da relação entre diversos fatores biológicos, econômicos, sociais, políticos e culturais e subjetivos (BREILH, 2008), tendo íntima relação com os modos de vida dos sujeitos e com as relações sociais (MARTÍN-BARÓ, 2017). A sobrecarga do trabalho doméstico, a centralidade do cuidado na mulher, a violência de gênero, a situação laboral, a renda, a escolaridade, o estado civil, o número de filhos são fatores discutidos na produção do sofrimento psíquico. Outro aspecto

abordado no capítulo são as estratégias de cuidado em saúde mental no contexto rural. Neste momento, discute-se o precário acesso aos serviços, a atenção centrada no medicamento.

O quarto capítulo tem por objetivo identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza. Tem delineamento qualitativo analisando os dados construídos nas oficinas e entrevistas individuais realizadas em Pentecoste-CE. O apoio social é discutido como processo interacional, que permite aos sujeitos acessar os diferentes tipos de ajudas (instrumentais, informacionais, afetivas e cognitivas), a partir dos intercâmbios estabelecidos entre indivíduos, grupos e instituições (CANESQUI; BASARGLINI, 2012; SIQUEIRA, 2008). O mapeamento da rede de apoio social das mulheres participantes da pesquisa é construído a partir da identificação das fontes de apoio disponíveis no apoio formal e informal, os tipos de apoio recorridos e os efeitos destes nos sujeitos envolvidos. Destaca-se ao longo de todo o capítulo a especificidades da vivência das mulheres no contexto rural.

O quinto capítulo é de natureza qualitativa e quantitativa e tem por objetivo analisar as influências entre apoio social e saúde mental em mulheres no contexto de pobreza rural. No mesmo são analisados os dados do *Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional*, do *Self Report Questionnaire - SRQ-20* (MARI; WILLIAMS, 1986) e da *Escala de Percepção de Suporte Social*, da amostra de mulheres de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM), em diálogo com os dados provenientes das oficinas realizadas em Pentecoste (CE). O capítulo foi submetido e aceito para a publicação no *Interamerican Journal of Psychology*, Anuário de Psicologia Comunitária (comprovação anexo A). Em função disso, apresenta formato diferente dos demais capítulos, uma vez que obedece às orientações da revista. Explora das relações entre apoio social e saúde mental, discutindo as possibilidades deste produzir efeitos favoráveis à promoção da saúde e diminuição do estresse (GONÇALVES *et al.*, 2011), além de gerar bem-estar (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). E por fim, o sexto capítulo tecemos as considerações finais da tese. Resgatamos os objetivos geral e específicos do estudo, destacando os seus principais achados, os desafios enfrentados na realização da pesquisa, suas limitações e sugestões de futuros estudos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia escolhida neste estudo situa-se no campo da pesquisa qualitativa e quantitativa. Tal combinação dos métodos qualitativo e quantitativo possibilita a triangulação do método, importante na medida em que “a investigação social pelo fato de trabalhar com problemas complexos, pode beneficiar-se com o uso de uma pluralidade de métodos de diversos alcances” (MONTERO, 2006, p,41)⁶. Desta forma, a complementaridade das informações obtidas por percursos metodológicos diferentes, se faz relevante considerando a complexidade do objeto de estudo da pesquisa em questão, que foca na interação entre os fenômenos gênero, pobreza rural, apoio social e saúde mental. Para tanto, o estudo se estrutura em duas etapas e integra diferentes técnicas complementares de análise do objeto de estudo.

O método quantitativo prevê a mensuração das variáveis pré-determinadas, com foco na verificação e explicação da sua existência, assim como a relação ou influência entre diferentes variáveis (CAMPOS, 2008). O método qualitativo, por sua vez, tem por objetivo uma aproximação com o universo das significações, na sua esfera singular e coletiva, volta-se para o estudo das representações, das vivências das pessoas (TURATO, 2005). Portanto, através da pesquisa qualitativa é possível aproximar-se dos “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2010, p. 21).

A articulação dos dois métodos possibilitou uma maior complexificação na leitura do fenômeno da pobreza rural, a partir de um recorte de gênero. Uma vez que, por um lado, o método quantitativo permitiu a mensuração de variáveis pré-determinadas, a saber: pobreza multidimensional, saúde mental, apoio social, gênero, buscando verificar existência, relação e/ou influência das variáveis entre si. Por outro lado, o qualitativo possibilitou uma aproximação do universo de significações dos modos de vida das mulheres.

O presente estudo se vincula à pesquisa guarda-chuva *Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul*⁷ que realizou um estudo dos municípios de Pentecoste (Ceará), Humaitá (Amazonas) e Cascavel (Paraná), no período de 2014 a 2016. Na fase quantitativa da pesquisa guarda-chuva foram aplicados *Instrumento de Mensuração da Pobreza*

⁶ Tradução nossa.

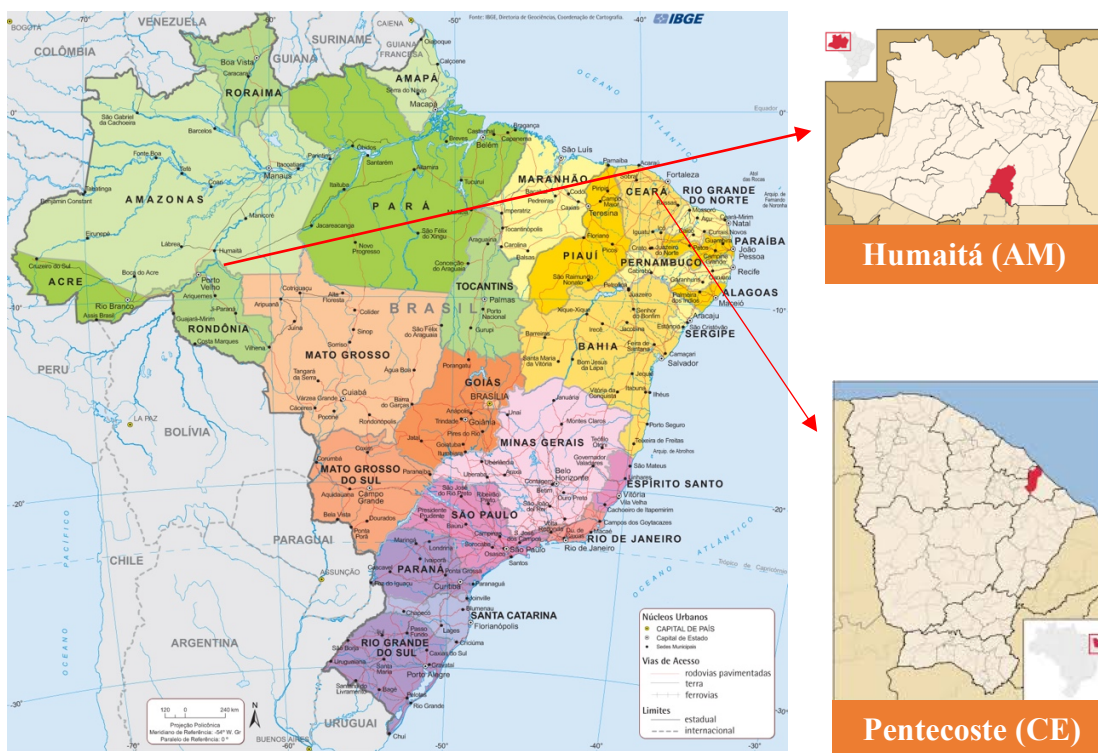
⁷ Coordenada pela Prof^a Dr^a Verônica Moraes Ximenes (Universidade Federal do Ceará – UFC) e que ocorreu em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e com a Universidade do Paraná (UNIPAR), financiada através do Edital CNPq Processo: 47798/2013-7.

Multidimensional (MOURA JÚNIOR, 2015; XIMENES *et al.*, 2016) e na qualitativa realizados grupos focais. O projeto em questão fez uso de alguns dados quantitativos do questionário aplicado em Pentecoste e Humaitá, coletados na pesquisa guarda-chuva. Ademais na etapa qualitativa, realizamos oficinas temáticas e entrevistas individuais com mulheres, com o objetivo de abordar questões pertinentes às especificidades do seu objeto de estudo. Por questões relacionadas a falta de financiamento para custo dos deslocamentos e tempo necessário, tal fase foi realizada exclusivamente no município de Pentecoste (CE).

2.1 Local da Pesquisa

O estudo em questão foi realizado em comunidades rurais de dois municípios brasileiros, situados nas regiões Nordeste e Norte, a saber: Pentecoste (Ceará) e Humaitá (Amazonas) (Figura 1). Desta forma, o estudo possibilitará reflexões sobre aproximações, semelhanças e particularidades culturais das regiões estudadas.

Figura 1 –Mapas Pentecoste (CE) e Humaitá (AM)



Pentecoste é um município do Estado do Ceará, situado a 91 km de Fortaleza, na mesorregião norte cearense, possui aproximadamente 37.077 habitantes, dos quais 14.006 (39,56%) moram na zona rural e 21.394 (60,44%) moram na zona urbana. Em relação ao sexo,

17.899 (50,56%) são homens e 17.501 (49,44%) são mulheres. A população extremamente pobre (renda *per capita* mensal de até R\$70,00) é de 9.349 habitantes, estando a maioria na área rural, 5.240 habitantes (equivalente a 37,41% dos habitantes do campo). Em relação aos empregos formais, a maioria situa-se nos setores: indústria, administração pública, comércio e agropecuária (IPECE, 2017). Em relação aos dados familiares, 19,89% do total de mães chefes de família não possuem ensino fundamental e tem filhos menores de idade 65,13% da população possuem banheiro com e água encanada (PNUD; FJP; IPEA, 2017).

Segundo informações provenientes do Sistema de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) do Ministério da Cidadania, Pentecoste, em setembro de 2019, possui 8.100 famílias inscritas no Cadastro Único, sendo estas: 4.125 com renda per capita familiar de até R\$ 89,00; 834 com renda per capita familiar entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00; 1.879 com renda per capita familiar entre R\$ 178,01 e meio salário mínimo; 1.262 com renda per capita acima de meio salário mínimo. Em setembro de 2019, 4.446 famílias foram beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), representando uma cobertura de 76% das famílias pobres no município. O valor médio recebidos pelas famílias é de R\$ 179,09. Em relação à rede assistencial possui: 02 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), um responsável pela zona rural e outro pela sede municipal; 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, s/d)⁸.

Humaitá pertencente ao Estado do Amazonas, situada a aproximadamente 696 km de Manaus (capital), na mesorregião sul amazonense. Estima-se que possua 55.080 habitantes (IBGE, 2019), dos quais 13.726 (31,03%) são moradores da área rural e 30.501 (69,97%) da área urbana. Em relação ao sexo, 23.204 (52,46%) são homens e 21.023 (47,54%) são mulheres (IBGE, 2010). Em relação aos dados familiares 27,49% do total de mães chefes de família não possuem ensino fundamental e tem filhos menores de 18 anos. Apenas 58,58% da população possui banheiro com e água encanada (PNUD; FJP; IPEA, 2017).

De acordo com informações do SAGI/Ministério da Cidadania, de setembro de 2019, Humaitá possui 12.032 famílias inscritas no cadastro único, das quais: 7.607 com renda per capita familiar de até R\$ 89,00; 802 com renda per capita familiar entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00; 1.218 com renda per capita familiar entre R\$ 178,01 e meio salário mínimo; 2.405 com renda per capita acima de meio salário mínimo. Em relação ao PBF, possui 7.246 famílias beneficiárias, o que representa uma cobertura de 145% da estimativa de famílias pobres no município. As famílias recebem um valor médio de R\$ 244,82. Em relação a cobertura

⁸ Informação disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/>

assistencial, possui: 01 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); e 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, s/d).

Ambos os municípios estudados apresentam médias de IDH (municipal, de renda, longevidade e educação) abaixo das médias estaduais e nacionais (Tabela 1). Ademais, os dois contextos pesquisados apresentam médias de pessoas em pobreza, em extrema pobreza e vulneráveis a pobreza, superiores às médias nacionais e estaduais.

Tabela 1 - Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Índice Geni e Pobreza dos Estados e Municípios Pesquisados

Lugar	IDHM (2010)	IDHM Renda (2010)	IDHM Longevidade (2010)	IDHM Educação (2010)	Geni ⁹
Brasil	0,727	0,739	0,816	0,637	0,6
Amazonas	0,674	0,677	0,805	0,561	0,65
Humaitá	0,605	0,621	0,791	0,451	0,66
Ceará	0,682	0,651	0,793	0,615	0,61
Pentecoste	0,629	0,562	0,734	0,604	0,56
	% de extremamente pobres (2010)	% de pobres (2010)	% de vulneráveis à pobreza (2010)	Renda per capita dos extremamente pobres (2010)	Renda per capita dos pobres (2010)
Brasil	6,62	15,20	32,56	31,66	75,19
Amazonas	16,43	30,78	51,78	25,54	63,11
Humaitá	25,86	41,89	63,98	20,84	53,07
Ceará	14,69	30,32	54,85	34,39	72,00
Pentecoste	25,40	44,80	71,69	34,53	64,67

Fonte: Adaptado de PNUD, FJP e IPEA (2017).

2.2 Etapas da Pesquisa: procedimentos de construção e análise dos dados

Como mencionado anteriormente, a construção dos dados da pesquisa ocorreu em duas etapas, uma quantitativa e uma qualitativa, que se complementaram. Antes de narrar passo a passo o processo de construção dos dados da pesquisa, é relevante destacarmos que neste processo buscamos assumir uma postura ativa, relacional, interessada, aberta e comprometida com os contextos e pessoas que participaram nesta caminhada. Partimos da compreensão de que

Todo conhecimento está condicionado pela própria realidade. Sob vários aspectos a realidade é opaca e só atuando sobre ela, transformando-a, é possível ao ser humano ter notícias dela. O que vemos e como vemos, certamente, está condicionado por nossa

⁹ O índice Geni mede o grau de concentração de renda. Avalia a diferença entre os rendimentos os mais pobres e os mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, na qual quanto mais próximo de 1 maior a desigualdade.

perspectiva, pelo lugar a partir do qual nos ligamos à história. (MARTÍN-BARÓ, 2011, p. 193)

Desta forma, durante a etapa quantitativa, adentrar ao universo de diferentes contextos rurais, de diversas comunidades, casas, vida das pessoas, homens e mulheres, reverberou, em nós, de diferentes modos e intensidades. Na etapa qualitativa, as histórias das mulheres de Pentecoste nos desafiaram a pensar nossas histórias pessoais e de tantas outras mulheres brasileiras e nordestinas, tendo a clareza de que ocupamos lugares sociais distintos, mas também vivenciamos e compartilhamos muitos os atravessamentos próprios ao gênero na sociedade atual. Neste jogo dos processos relacionais próprios da atividade de pesquisa, todos nós, sujeitos envolvidos, saímos transformados, assim como partimos de diferentes lugares sociais, e, inevitavelmente, os resultados são atravessados por tais questões.

As etapas e procedimentos de construção e análise dos dados foram selecionados visando a pertinência destes com os objetivos geral e específicos da pesquisa. A Tabela 2 apresenta relação entre objetivos e metodologia adotada, assim como estes foram trabalhados nos capítulos com compõe este estudo.

Tabela 2 - Relação entre objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta e análise dos dados

Objetivo Geral	Analisar as implicações psicossociais da pobreza e suas influências no apoio social e na saúde mental de mulheres em contexto rural			
Objetivos Específicos	Comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do norte e nordeste brasileiro	Analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza	Identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza.	Analisar as influências entre apoio social e saúde mental em mulheres.
Instrumentos de Coleta de Dados	<p><i>Etapa Quantitativa:</i> Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional; Aplicados em Pentecoste (CE) e Humaitá (AM)</p>	<p><i>Etapa Quantitativa:</i> Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional; <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ) – 20. Aplicados em Pentecoste (CE)</p> <p><i>Etapa Qualitativa:</i> Oficinas e Entrevistas Individuais, realizadas com mulheres de Pentecoste (CE)</p>	<p><i>Etapa Qualitativa:</i> Entrevistas e Oficinas realizadas com Mulheres de Pentecoste</p>	<p><i>Etapa Quantitativa:</i> <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ) – 20, Escala de Percepção de Suporte Social versão Reduzida. Aplicados em Pentecoste (CE) e Humaitá (AM)</p> <p><i>Etapa Qualitativa:</i> Oficinas e Entrevistas Individuais, realizadas com mulheres de Pentecoste (CE)</p>

Análise dos Dados	Análise Estatística Descritiva, ANOVA; Test t de Student e Qui Quadrado	<i>Dados Quantitativos:</i> Análises Estatística Descritiva, Correlação de <i>Spearman</i> , Correlação de <i>Pearson</i> ANOVA. Qui Quadrado <i>Dados Qualitativos:</i> Análise de Conteúdo Temática	Análise de Conteúdo Temática	<i>Dados Quantitativos:</i> Análises Estatísticas: Descritiva, Correlação de <i>Spearman</i> , Correlação de <i>Pearson</i> , ANOVA <i>Dados Qualitativos:</i> Análise de Conteúdo Temática
Categorias de Análise	Pobreza Multidimensional e Gênero	Saúde Mental, Gênero, Transtornos Mentais Comuns e Pobreza Multidimensional	Apoio Social, Pobreza Multidimensional e Gênero.	Apoio Social, Saúde Mental, Transtornos Mentais Comuns e Pobreza Multidimensional
Título do Capítulo	Uma leitura da pobreza multidimensional sob o viés de gênero: diferenças de sua expressão em homens e mulheres moradores do contexto rural	Retratos da saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza	Redes de apoio social de mulheres em contextos de pobreza rural	Apoio social e saúde mental em mulheres em contextos de pobreza no Brasil

Fonte: Elaborada pela autora.

2.2.1 Primeira Etapa: Fase Pesquisa Quantitativa

Nesta etapa foram aplicados os Questionários Mensuração da Pobreza Multidimensional (Apêndice A), com 186 questões de múltipla escolha. Participaram desta fase homens e mulheres adultos moradores de 20 comunidades rurais dos municípios Humaitá (AM) (N=376) e 14 comunidades do município de Pentecoste (CE) (N=386), totalizando 762 participantes. Na Tabela 3 apresentamos as comunidades estudadas e quantidade de questionários aplicados. A maioria dos questionários foram aplicados individualmente, principalmente quando se tratava de pessoas com baixa escolaridade ou idosas. Em alguns casos a aplicação ocorreu em grupo. Neste momento, dois aplicadores orientaram os participantes sobre o processo de preenchimento do questionário e se colocaram disponíveis para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Sobre o local de aplicação, este ocorreu na casa das pessoas (na maioria dos casos) e em salas de aula (Escolas Municipais, Instituto Federal de Educação e Universidade Federal do Amazonas).

É importante salientar que no processo de aplicação dos questionários contamos com o apoio dos participantes do grupo de pesquisa do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), durante a aplicação em Pentecoste, e com alunos de cursos de graduação, professores e técnicos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Campus Humaitá. Todos os aplicadores foram devidamente capacitados, pela pesquisadora e sua orientadora, em relação ao objeto de estudo da pesquisa e ao processo de

aplicação dos questionários. Antes das saídas das equipes para a aplicação do instrumento ocorreu uma articulação com informantes-chave, a saber: lideranças comunitárias, participantes de projetos sociais e profissionais de políticas públicas atuantes nas comunidades pesquisadas. Tal articulação foi fundamental, pois tais informantes foram mediadores importantes para a inserção no campo e o contato com as pessoas participantes do estudo, nos indicando casas de moradores, grupos comunitários, instituições onde poderíamos desenvolver a pesquisa.

Tabela 3 - Comunidades de aplicação do Questionário de Mensuração de Pobreza Multidimensional

Cidade	Comunidade	N	% Válida
Pentecoste (14 comunidades)	Providência	77	19,9
	Ombreira	63	16,3
	Capivara	33	8,5
	Muquenzinho	29	7,5
	Mulungu	28	7,3
	Boa Vista	27	7,0
	Santa Luzia	23	6,0
	Sangradouro	23	6,0
	Muquem	18	4,7
	Assentamento Eva Moura	18	4,7
	Assentamento Jardins	14	3,6
	Irapuá	9	2,3
	Várzea Comprida	9	2,3
	Serrota	8	2,1
Não Respondido	7	1,8	
Total	386	100	
Humaitá (20 comunidades)	Nossa Senhora do Carmo	54	14,4
	Assuanópolis	36	9,6
	Ipixuna	34	9,0
	Cristolândia	31	8,2
	São Pedro	31	8,2
	São Cristovão	30	8,0
	São Sebastião	21	5,6
	São Domingos	19	5,1
	Divino Pranto	13	3,5
	Nova Humaitá	13	3,5
	Nova Esperança	11	2,9
	São José	11	2,9
	Canutama	10	2,7
	São Francisco	7	1,9
	Centro	4	1,1
	Andaraí	3	0,8
Novo Centenário	2	0,5	
Santo Antônio	2	0,5	

Sangradouro	1	0,3
Novo Cuterai	1	0,3
Não Respondido	42	11,2
Total	376	100
Total Questionários	762	

Fonte: Elaborado pela autora

2.2.1.1 Participantes

A amostra dos sujeitos participantes da 1ª Etapa foi composta por homens e mulheres adultos de diferentes comunidades de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM). Os tamanhos das amostras em cada região foram construídos considerando heterogeneidade de 50%, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, dos moradores cadastrados no Cadastro Único do Governo Federal, além da porcentagem das pessoas moradoras da zona rural.

Deste modo, a amostra foi composta por 762 sujeitos, dos quais 49,3% (N=376) sujeitos de Humaitá (AM) e 50,7% (N=386) sujeitos de Pentecoste. Considerando a amostra total válida, a idade dos participantes variou de 18 a 101 anos, sendo a média 39,83 anos (DP=17,12); a média de filhos foi de 2,9 (DP=3,02) e 70,6% (N=525) possui até 3 filhos; a média do tamanho da unidade familiar foi de 4,05 (DP=2,07) pessoas, sendo que 81,5% (N=612) pessoas relataram o tamanho de até 5 pessoas. Em relação aos Programas Sociais do Governo Federal, da amostra total válida 49,5% (N= 367) relataram receber o benefício do Programa Bolsa Família e 17,7% (N=129) recebem o Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS). A Tabela 4 apresenta a síntese do perfil da amostra pesquisada.

Tabela 4 - Perfil dos participantes da Fase 01 da Pesquisa

Variável	Amostra					
	Total		Pentecoste		Humaitá	
	N	% Válida	N	% Válida	N	% Válida
Sexo						
<i>Mulheres</i>	511	67,6	272	70,6	239	64,4
<i>Homens</i>	245	32,4	113	29,4	132	35,6
Cor						
<i>Branca</i>	132	17,4	72	18,7	60	16,1
<i>Preta</i>	37	4,9	17	4,4	20	5,4
<i>Parda/morena</i>	556	73,3	281	72,8	275	73,7
<i>Indígena</i>	10	1,3	1	0,3	9	2,4
<i>Amarela</i>	24	3,2	15	3,9	9	2,4
Faixa Etária						
<i>Jovem (18 a 29 anos)</i>	272	36,2	91	23,6	181	49,6
<i>Adulto (30 a 59 anos)</i>	362	48,2	221	57,3	141	38,6
<i>Idoso (60 anos ou mais)</i>	117	15,6	74	19,2	43	11,8

Estado Civil						
<i>Solteiro(a)</i>	236	31,1	63	16,4	173	46,4
<i>Casado(a)/mora com um (a) companheiro(a)</i>	449	59,2	277	71,9	172	46,1
<i>Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)</i>	40	5,3	25	6,5	15	4,0
<i>Viúvo(a)</i>	33	4,4	20	5,2	13	3,5
Renda Pessoal						
<i>0 a ¼ de SM</i>	202	28,9	132	34,8	70	21,9
<i>Maior ¼ até ½ SM</i>	111	15,9	57	15,0	54	16,9
<i>Maior 1/2 até 1 SM</i>	254	36,3	138	36,4	116	36,3
<i>Maior 1 até 2 SM</i>	97	13,9	43	11,3	54	16,9
<i>Maior que 2 SM</i>	35	5,0	9	2,4	26	8,1
Escolaridade						
<i>Nunca frequentou</i>	67	9,1	28	7,3	39	11,0
<i>Até 5 anos (ensino fundamental incompleto)</i>	222	30,0	146	37,8	76	21,5
<i>De 6 a 9 anos (ensino fundamental completo ou incompleto)</i>	130	17,6	70	18,1	60	17,0
<i>De 10 a 11 anos (ensino médio incompleto)</i>	75	10,1	35	9,1	40	11,3
<i>De 12 anos ou mais (ensino médio completo ou ensino superior)</i>	245	33,2	107	27,7	138	39,1
Situação Laboral						
<i>Não trabalha</i>	381	50,8	194	50,9	187	50,7
<i>Faço bico</i>	163	21,7	83	21,8	80	21,7
<i>Trabalha sem carteira assinada</i>	148	19,7	81	21,3	67	18,2
<i>Trabalha com carteira assinada/contrato de trabalho</i>	58	7,7	23	6,0	35	9,5

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.1.2 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados

Como mencionado anteriormente, a coleta dos dados ocorreu através do uso do Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional que se propôs a avaliar a pobreza em uma perspectiva multidimensional e as categorias psicossociais saúde mental e o apoio social. O questionário da pesquisa guarda-chuva possuía uma diversidade de escalas e questões abordando uma variedade de categorias, que extrapolavam o foco de interesse deste estudo. Entretanto demos atenção às categorias que são relevantes para ao objeto de estudo da pesquisa de tese. Estas se fizeram presentes no questionário através dos seguintes instrumentais que compunham o questionário: itens de identificação do perfil da amostra, *Instrumento de Mensuração da Pobreza Multidimensional* (XIMENES *et al.*, 2016), a versão adaptada para o

Brasil do *Self Report Questionnaire- SRQ-20* (MARI; WILLIAMS, 1986); versão reduzida da *Escala de Percepção de Suporte Social* (XIMENES *et al.*, 2020, no prelo) e questionário de Apoio Social.

O *Instrumento de Mensuração da Pobreza Multidimensional* foi uma criação de professores e pesquisadores da Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O instrumento visa avaliar a pobreza em uma perspectiva multidimensional, a partir de 29 itens que se agrupam em 5 grandes dimensões, a saber: habitação, escolaridade, trabalho e renda, saúde e aspectos subjetivos da pobreza.

O instrumento em questão teve versão preliminar utilizada e avaliada nos estudos de Moura Jr. (2015) e Ximenes *et al.* (2016) e sofreu novas adaptações com o intuito de ampliar a avaliação dos aspectos subjetivos da pobreza. Para a elaboração do instrumento foram utilizados como base itens que compõe outros instrumentos de avaliação da pobreza em uma perspectiva multidimensional, a saber: Índice de Pobreza Multidimensional do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010); o questionário da pesquisa sobre pobreza multidimensional com moradores da região metropolitana de Porto Alegre/RS de Picolotto (2006); e itens do questionário da pesquisa de Pobreza Multidimensional e Extrema Pobreza em Porto Alegre (RS) de Ávila, Bagolin e Comim (2012).

O instrumento mensura a pobreza multidimensional, a partir da metodologia de conjuntos fuzzy que indica diferentes graus de realização de cada indicador. O indicador produz uma pontuação, no intervalo de 0 a 1, que classifica os sujeitos em uma variação entre não pobres (0) e pobres (1). Desta forma, quanto mais a resposta se aproxima de 0, situa-se na condição de não pobreza, e quanto mais próximo de 1, nas condições mais intensas de pobreza. Para a composição do índice da dimensão, estabelece-se uma média ponderada entre os resultados de cada item que a compõe. Ao final, gera-se um Índice de Pobreza Multidimensional Total (IPM-Total), a partir da média ponderada de cada dimensão. Cada dimensão possui o mesmo peso na composição da média final gerada. A Tabela 5 apresenta as dimensões, itens, valores para os municípios de Humaitá (AM) e Pentecoste (CE).

Compreendemos como relevante destacar a dimensão aspectos subjetivos da pobreza, incluída a partir de estudos realizados pelo grupo de pesquisa do NUCOM-UFC. Tal dimensão busca captar as implicações simbólicas da vida em condições de pobreza, como a autoconcepção de pobreza dos sujeitos, os sentimentos gerados pela condição de pobreza e privação de renda, satisfação e avaliação da vida. Neste estudo, renomeamos a dimensão de aspectos psicossociais da pobreza e propomos a inclusão de 03 itens (correspondente aos três

últimos apresentados na Tabela 5) que permitem ampliar a discussão da pobreza, a partir de alguns dados importantes para uma leitura de gênero.

Tabela 5 - Indicadores do Índice Mensuração da Pobreza Multidimensional

Dimensão	Indicador	Valores das categorias no questionário	Pontuação no IPM
Educação	Por quanto tempo você já frequentou a escola?	Nunca frequentei = 0	1= Pobre
		Até 5 anos (Ensino Fundamental Incompleto) = 1	0,75 = Pobre
		De 6 a 9 anos (Ensino Fundamental Incompleto ou Completo) = 2	0,5 = Pobre
		De 10 a 11 anos (Ensino Médio Incompleto) = 3	0,25 = Não pobre
		12 anos ou mais (Ensino Médio Completo ou Ensino Superior) = 4	0 = Não pobre
		Algum adulto de sua família estudou mais de 9 anos?	Não = 0 Sim = 1
Habitação	A sua residência é	Ocupação = 0	1 = Pobre
		Cedida = 1	0,66 = Pobre
		Alugada = 2	0,33 = Não pobre
		Própria = 3	0 = Não Pobre
	A sua casa é de	Papelão, plástico ou compensado (barraco) = 0	(Pentecoste) 1=Pobre (Humaitá) 1=Pobre
		Taipa = 1	0,80=Pobre 0,80 =Pobre
		Madeira = 2	0,60 = Pobre 0,20 =Pobre
		Tijolo/Alvenaria = 3	0 = Não Pobre 0 = Não Pobre
		Palafita = 4	0,40 = Pobre 0,40 = Pobre
		Casa flutuante = 5	0,20 =Pobre 0,60 =Pobre
	Sua casa possui água encanada?	Não = 0	1= Pobre
		Sim = 1	0 = Não pobre
Quais as formas de abastecimento de água da sua casa (pode marcar mais de uma opção)?	Cagece (Ceará), Sanepar (Paraná) ou Cosama (Amazonas).	1 = pobre 0 = Não pobre	
	Como é o piso da sua casa?	Terra batida = 0	(P) 1= Pobre
Cimento = 1		0,66=Pobre	
Cerâmica = 2		0= Não Pobre	
Madeira ou outros = 3		0,33= Pobre	
Qual combustível mais usado para cozinhar na sua casa?	Lenha = 0	1 = Pobre	
	Carvão = 1	0,5 = Pobre	
	Gás de Cozinha =2	0 = Não pobre	
A sua casa possui eletricidade?	Não = 0	1= Pobre	
	Sim = 1	0 = Não pobre	
Qual o tipo de banheiro da sua casa?	Sem Banheiro = 0	1 = Pobre	
	Buraco no chão = 1	0,66 = Pobre	

	Vaso sanitário sem descarga = 2	0,33 = Pobre	
	Vaso sanitário com descarga = 3	0 = Não Pobre	
Qual o destino das fezes e urina?	Céu Aberto = 0	1 = Pobre	
	Fossa = 1	0,5 = Pobre	
	Sistema de Esgoto = 2	0 = Não Pobre	
Quantidade de bens duráveis:	0 a 4 bens duráveis = 0	1 = Pobre	
	5 ou mais bens duráveis = 1	0 = Não pobre	
Trabalho e Renda	Não = 0	1 = Pobre	
	Faço bico = 1	0,66 = Pobre	
	Trabalho com carteira assinada = 2	0 = Não pobre	
	Trabalho sem carteira assinada = 3	0,33 = Não pobre	
	Qual a renda per capita da família? (um frações de salário mínimo)	Valor mencionado pelo entrevistado dividido pelo número de pessoas da família	0 a 197 = 1 198 a 394 = 0,75 395 a 788 = 0,50 789 a 945 = 0,25 Maior que 945 = 0
Saúde	Você já precisou vender alguma coisa de dentro de casa para poder comer? <i>Comim et al. (2007)</i>	Sim = 1 Não = 0	1 = Pobre 0 = Não pobre
	Você já precisou pedir dinheiro para poder comer? <i>Comim et al. (2007)</i>	Sim = 1 Não = 0	1 = Pobre 0 = Não pobre
	Você consegue atendimento médico ou de outros profissionais da saúde quando precisa? <i>Picolotto (2006)</i> <i>Qizilbash e Clark (2005)</i>	0 = Nunca	1 = Pobre
		1 = Poucas vezes	0,66 = Pobre
		2 = Frequentemente	0,33 = Não-pobre
	Você deixou de utilizar algum serviço de saúde por não ter dinheiro para pagar o transporte?	Sim = 1 Não = 0	1 = Pobre 0 = Não pobre
		Na sua casa alguma criança já morreu? <i>PNUD (2010)</i>	Sim = 1 Não = 0
	Quantas refeições você costuma fazer por dia? <i>Picolotto (2006)</i>	0 = Nenhuma	1 = Pobre
		1 = Uma	0,66 = Pobre
		2 = Duas	0,33 = Não Pobre
3 = Três ou Mais		0 = Não-pobre	
Tem alguém na sua casa com desnutrição? <i>PNUD (2010)</i>	Sim = 1 Não = 0	1 = Pobre 0 = Não pobre	
	Como você se considera? <i>Relatório Comim et al. (2007)</i>	Pobre = 0	1 = Pobre
Nem rico nem pobre = 1		0,5 = Pobre	
Rico = 2		0 = Não-Pobre	
Discordo Totalmente = 0		0 a 1 = Pobre = 1	
O dinheiro da sua casa é suficiente para viver bem?	Discordo = 1	2 a 4 = Não Pobre = 0	
	Nem concordo e nem discordo = 2		
	Concordo = 3		

Concordo Totalmente = 4		
Numa escala 0 a 10, quanto satisfeito você está com o seu padrão de vida? Cummins (2013)	Pontuado de 0 a 10 pelo entrevistado	1 à 5 = Pobre = 1 6 à 10 = Não pobre = 0
Numa escala 0 a 10, quanto satisfeito você está com as coisas que tem conseguido na vida? Cummins (2013)	Pontuado de 0 a 10 pelo entrevistado	1 à 5 = Pobre = 1 6 à 10 = Não pobre = 0
Com que frequência você se sente, por sua condição financeira, rejeitado(a) pelos outros Zavaleta (2007)	Nunca = 0 = 1 Poucas Vezes = 1 = 0,25 Às Vezes = 2 = 0,50 Quase Sempre = 3 = 0,75 Sempre = 4 = 1	Nunca = Não pobre = 0 Poucas Vezes = Não pobre = 0,25 Às Vezes = Pobre = 0,50 Quase Sempre = Pobre = 0,75 Sempre = Pobre = 1
Com que frequência você se sente, por sua condição financeira, que as pessoas lhe tratam injustamente? Zavaleta (2007)	Nunca = 0 = 1 Poucas Vezes = 1 = 0,25 Às Vezes = 2 = 0,50 Quase Sempre = 3 = 0,75 Sempre = 4 = 1	Nunca = Não pobre = 0 Poucas Vezes = Não pobre = 0,25 Às Vezes = Pobre = 0,50 Quase Sempre = Pobre = 0,75 Sempre = Pobre = 1
Humilharam você pela quantidade de dinheiro que você ganha? Zavaleta (2007)	Não = 0 Sim = 1	Não = Não pobre = 0 Sim = Pobre = 1
Com que frequência, nas situações difíceis da sua vida, você encontra ajuda dos CRAS,CREAS?	Nunca = 1 Poucas Vezes = 1 Às Vezes = 2 Quase Sempre = 3 Sempre = 4	Nunca = Pobre = 1 Poucas Vezes = Pobre = 0,75 Às Vezes = Não pobre = 0,50 Quase Sempre = Não Pobre = 0,25 Sempre = Não pobre = 0
Quantas crianças com idade até 06 anos moram com você?	Quantidade mencionada pelos entrevistados	0 crianças com até 06 anos = Não Pobre = 0 1 a 2 Crianças com até 06 anos = Pobre = 0,75 3 ou mais Crianças com até 06 anos = Pobre = 1
Na sua casa, quem realiza as atividades domésticas (preparar comida, lavar louças, limpeza em geral)?	Homens e mulheres = 0 Homens, mulheres e crianças = 1 Mulheres e crianças = 2 Apenas mulheres = 3 Homens e crianças = 4 Apenas homens = 5 Apenas crianças = 6	<u>Mulher:</u> Homens e mulheres = Não pobre = 0 Homens, mulheres e crianças = Não pobre = 0 Mulheres e crianças = Pobre = 0,75 Apenas mulheres = Pobre = 1 Homens e crianças = Não Pobre = 0,25 Apenas homens = Não pobre = 0 Apenas crianças = Pobre = 0,50

		<u>Homens:</u> Homens e mulheres = Não pobre = 0 Homens, mulheres e crianças = Não pobre = 0 Mulheres e crianças = Não Pobre = 0,25 Apenas mulheres = Não Pobre = 0 Homens e crianças = Pobre = 0,75 Apenas homens = Pobre = 1 Apenas crianças = Pobre = 0,50
	Homens = 0 Mulheres = 1 Homens e mulheres = 2	<u>Mulher:</u> Homens = Pobre = 1 Mulheres = Não Pobre = 0,25 Homens e Mulheres = Não Pobre = 0
Quem você acha que tem o maior poder de decisão/mando na sua casa?		<u>Homens:</u> Homens = Não Pobre = 0,25 Mulheres = Pobre = 1 Homens e Mulheres = Não Pobre = 0

Fonte: Adaptado de Ximenes (2016).

Para a avaliação da saúde mental dos sujeitos participantes da pesquisa foi realizada através da aplicação do *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde que avalia a predisposição para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), por meio da investigação de sintomas não-psicóticos (ANSELMÍ *et al.*, 2008). O instrumento, aplicado pela primeira vez na década de 1980 em quatro países em desenvolvimento (Colômbia, Índia, Sudão e Filipinas), foi validado para o Brasil em 1986, na cidade de São Paulo (MARI; WILLIAMS, 1986). O mesmo é utilizado mundialmente, sendo traduzido para oito diferentes idiomas (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009) e caracteriza-se por ser de baixa custo e de fácil entendimento, incluindo populações de baixo nível de escolaridade (VIDAL *et al.*, 2014). É constituído por 20 (vinte) questões fechadas, agrupadas em quatro fatores, a saber: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Os 20 itens do instrumento solicitam que a pessoa avalie se, no último mês, sentiu uma série de sintomas e as opções de resposta são sim (1) ou não (0). No questionário de pobreza multidimensional correspondem aos itens 63 ao 82 (APÊNDICE A).

Para a avaliação do instrumento, estabelece-se uma soma das repostas positivas de cada sujeito, gerando o SRQ-20 Total. Os escores acima ou igual a 7 indicam a hipótese de transtorno mental comum. Tal ponto de corte é utilizado por diversos estudos brasileiros (COSTA, DIMENSTEIN, LEITE, 2014; LUDERMIR, MELO FILHO, 2002).

A *Escala de Percepção de Suporte Social* (SIQUEIRA, 2008) é um instrumento criado no Brasil, que tem por propósito avaliar os tipos de suportes sociais percebidos pelos sujeitos. O instrumento original é composto por 29 itens, distribuídos em dois fatores, suporte prático (19 itens, apoio instrumental e informacional) e suporte emocional (10 itens) (SIQUEIRA, 2008). Considerando a necessidade de um maior direcionamento e adequação do instrumento para a população participante do estudo, realizamos a elaboração da versão reduzida da escala, composta por 12 itens. A escolha dos itens ocorreu considerando as maiores cargas fatoriais e a adequação ao contexto social, econômico e cultural de pessoas em situações de pobreza.

A *Escala Reduzida de Percepção de Suporte Social* (XIMENES *et al.*, 2020, no prelo) possui 12 itens que permitem avaliar diferentes tipos de apoio, a saber: 7 itens relacionados ao suporte do tipo cognitivo-instrumental e 5 itens relativos ao suporte tipo afetivo-cooperativo. Tais itens pontuam de 0 a 3 (0=Nunca; 1=Poucas Vezes; 2=Muitas Vezes; 3=Sempre) como possibilidades de respostas. A escala reduzida corresponde aos itens 138 ao 149 do questionário de pobreza multidimensional.

Outro instrumento de avaliação do apoio social, criado pela equipe pesquisadora, teve por objetivo avaliar as distintas fontes de apoio social recorridas pelos sujeitos participantes (itens 150 ao 157 do questionário de pobreza multidimensional). A definição das fontes de apoio ocorreu em função da análise de pesquisas sobre a temática e do contexto em que vivem populações rurais, com baixa renda e escolaridade. O instrumento foi composto por oito itens que indagavam a frequência que as pessoas, em situações difíceis, encontram ajuda entre: amigos, vizinhos, família, igreja ou grupo religioso, CRAS e/ou CREAS, Posto de Saúde/Hospital e Associação de moradores. As opções de respostas pontuam de 0 a 4, correspondendo a: 0=nunca, 1=poucas vezes, 2=às vezes, 3=quase sempre e 4=sempre.

Após tabulação dos dados coletados, os mesmos foram submetidos às seguintes análises estatísticas: descritiva, *Teste t de Student* para amostras independentes, Análise de Variância (ANOVA), análise de correlação de *Pearson*, análise de correlação de *Spearman*. O *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 foi utilizado para o processo de tabulação e análise dos resultados.

2.2.2. Segunda Etapa: Fase Pesquisa Qualitativa

Na etapa qualitativa foram realizadas oficinas temáticas e entrevistas individuais em profundidade com mulheres que faziam parte das atividades do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF), vinculadas ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – Rural de Pentecoste. Tal fase qualitativa do estudo foi realizada exclusivamente no município de Pentecoste (CE), nas comunidades Serrota (sede do distrito Serrota) e Providência (sede do distrito Matias). A escolha de tais comunidades ocorreu devido ao fato das mesmas serem *lócus* de atuação da equipe do CRAS-Rural de Pentecoste, o que permitiu uma melhor mobilização das participantes para a realização das atividades de construção dos dados.

Serrota é um distrito de Pentecoste, que possui 207 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. O mesmo está localizado a aproximadamente 13 km da sede de Pentecoste (ver Figura 2). O estudo se centrou na sede do distrito, localidade também denominada Serrota. Em relação aos equipamentos sociais existentes na localidade, podemos encontrar: uma Unidade Básica de Saúde, uma creche municipal, Escola de Ensino Fundamental e Ensino Médio, uma Associação de moradores, um Serviço de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos (local de desenvolvimento das atividades do CRAS-Rural), um posto dos Correios, duas fábricas, uma de cimento e uma de calçados (ambas empregam muitos moradores); um açude, que fora dos períodos de seca permite a pesca. São problemáticas frequentes na Serrota: o desemprego; a fome; a baixa renda; precárias habitações, muitas casas são de taipa, sem banheiro e energia elétrica; falta de acesso ao saneamento e à água tratada, problema da seca, poucas cisternas; dificuldade de acesso à zona urbana nos períodos de chuvas intensas, devido às enchentes e comprometimentos das estradas; inexistência de transporte público, a população comumente se transporta em “pau de arara”, um tipo de transporte extremamente inseguro; gravidez na adolescência; altos índices de consumo de álcool e tabaco; crescente consumo de drogas ilícitas; poluição sonora; entre outros. Em relação às instituições religiosas, possui duas igrejas católicas e cinco igrejas protestantes ¹⁰.

Providência é uma localidade, sede do distrito de Matias, situada aproximadamente a 31km sede do município (Figura 2), com acesso realizado através da estrada de terra. A localidade situa-se próximo aos açudes das comunidades de Muquenzinho, Erva-Moura e Várzea Cumprida. A comunidade produz diversos artesanatos (bordados, crochê e tapetes),

¹⁰ Informações retiradas do diagnóstico socioterritorial da zona rural de Pentecoste, realizado pela equipe do CRAS – Rural, e de observações da pesquisadora.

tradicionalmente se comemoram os festejos religiosos, forte presença da agricultura familiar e criação de animais para a subsistência, algumas famílias se dedicam a criação de queijo e leite. Em relação aos equipamentos sociais Providência possui: uma unidade básica de saúde, uma escola de ensino infantil, fundamental e médio, Serviço de Convivência e Fortalecimento dos vínculos (local de desenvolvimento das atividades do CRAS-Rural), igreja católica e evangélica, associação comunitária, praças públicas e posto do correio. São problemáticas frequentes na localidade: seca, o que desencadeia dificuldade de acesso à água para o consumo humano e animal e perdas na produção agrícola, além de morte dos animais; baixa renda; falta de vias adequadas de acesso à localidade, nos períodos de chuva, muitas vezes, a localidade fica isolada e sem possibilidade de acesso; desemprego; habitações de má qualidade, muitas casas de taipa, sem banheiro; falta de saneamento básico; atendimento médico precário; inexistência de transporte público; abuso de álcool; falta de segurança pública; entre outros. Na localidade 37 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família.¹¹

Nas duas localidades são importantes fontes de renda e subsistência para a população: empregos públicos na prefeitura e Estado, agricultura familiar e criação de animais, pequenos comércios locais e pesca, nos períodos chuvosos. A equipe técnica do CRAS-Rural, importante parceira no processo de pesquisa, desenvolve semanalmente atividades nas localidades, os educadores sociais duas a três dias na semana e os profissionais de ensino superior (assistentes sociais e psicólogos) uma vez por semana. Durante todo o período de desenvolvimento da segunda fase da coleta de dados, a equipe estava sem o profissional de psicologia. Uma potencialidade da equipe é o fato de grande maioria dos profissionais serem concursados, moradores da região e manifestarem um importante engajamento com as localidades.

Figura 2- Mapa das distâncias entre sede de Pentecoste e Fortaleza, distrito Serrota e distrito Matias.

¹¹ Idem.



Fonte: Adaptado de Google Maps.

2.2.2.1 Participantes

As participantes das oficinas foram 25 mulheres que frequentavam as atividades do CRAS-Rural. A faixa etária das mulheres variou de 18 a 65 anos; todas eram de baixa renda; em relação ao estado civil eram: casadas, separadas, viúvas ou solteiras; entre as profissões tivemos: agricultora, donas de casa, babá, estudante e diarista; em relação a quantidade de filhos, variou de 0 a 7 filhos, apenas uma das participantes não tinha filhos. Na localidade Serrota, as participantes frequentavam quinzenalmente o Serviço de Convivência e Fortalecimento como participantes do Grupo de Mulheres, todas eram moradoras da localidade. Na Providência, participaram mulheres moradoras não só da comunidade, como também das comunidades Barrinha, Mulungu 2 e Caiçara, todas pertencentes ao Distrito Matias. As mesmas participavam pontualmente das atividades do PAIF, mas tinham filhos que regularmente frequentavam o serviço.

As entrevistadas foram realizadas com 07 mulheres que haviam participado das oficinas, das quais 03 de Serrota e 04 de Providência. Elas foram selecionadas buscando garantir uma diversidade de faixa etária; estado civil; nº de filhos; e grau de escolaridade; além de viver em condições de privação de renda; além da disponibilidade para realizar a entrevista. A Tabela 6 apresenta de forma sucinta o perfil destas mulheres. É importante informar que os nomes apresentados são todos fictícios, com o objetivo de resguardar o sigilo sobre a identidade das participantes.

Tabela 6 - Perfil das mulheres entrevistadas

	Serrota				Providência		
	Silvia	Marta	Natália	Lúcia	Carla	Ana	Rosa
Idade	36 anos	18 anos	35 anos	29 anos	42 anos	27 anos	53 anos

Cor	Parda/ morena	Preta	Parda/ morena	Parda/ morena	Amarela	Parda/ morena	Parda/ morena
Estado Civil	Mora com companheiro	Solteira	Casada	Mora com companhe iro	Casada	Solteira	Casada
Nº de Filhos	07	Zero	02	02	06	02	07
Escolarida- de	Até 5 anos	10 anos	Até 5 anos	12 anos	Até 5 anos	8 anos	Até 5 anos
Renda Familiar per capita	Até ½ SM (65,00 <i>per</i> <i>capita</i>)	Não sabe	Até ½ SM (100,00 <i>per</i> <i>capita</i>)	Até ½ SM (297,00 <i>per</i> <i>capita</i>)	Até ½ SM (38,00 <i>per</i> <i>capita</i>)	Até ½ SM (66,00 <i>per</i> <i>capita</i>)	Até ½ SM (222,00 <i>per</i> <i>capita</i>)
Trabalho	Bico (produz tapete)	Estuda	Babá	Não trabalha	Agricultora e Lava roupa (bico)	Desempre gada	Agriculto ra
Benefícios Governo	PBF*	PBF	PBF	BPC**	PBF	PBF	PBF

Fonte: Elaborado pela autora

* Programa Bolsa Família ** Benefício da Prestação Continuada

2.2.2.2 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados

Como mencionado anteriormente, na segunda fase da pesquisa foram realizadas oficinas temáticas e entrevistas individuais semi-estruturadas com mulheres participantes de atividades do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF). Para o desenvolvimento de tais atividades, foi fundamental o apoio da assistente social e educadores sociais da equipe do CRAS Rural de Pentecoste. O contato inicial com a equipe foi mediado pela pesquisadora Gisely Silva (integrante do Núcleo de Psicologia Comunitária – UFC), que no momento fazia sua pesquisa de mestrado junto à equipe do CRAS-Rural. Desde o início, a equipe mostrou-se aberta e interessada no desenvolvimento da pesquisa. A primeira visita à instituição ocorreu em setembro de 2016, momento em que a pesquisadora foi convidada a facilitar uma oficina com as mulheres vinculadas ao PAIF, neste momento seria o segundo encontro deste grupo, que ocorria de forma quinzenal. Antes da realização da oficina, houve uma rápida conversa com a Assistente Social, sua estagiária e uma educadora social sobre a proposta da pesquisa, seu objetivo e metodologia e, posteriormente, foi pactuada a possibilidade de desenvolvimento das oficinas nas localidades da Serrota e Providência, nos seus respectivos Serviços de Convivência e Fortalecimento Social. A equipe se disponibilizou para mobilizar as mulheres para a participação das atividades. As datas das oficinas eram agendadas em função do calendário das atividades do CRAS e das mulheres. As entrevistas foram combinadas diretamente com as entrevistadas, sua data de realização e local.

As oficinas se constituem como espaços facilitadores à troca dialógica entre os participantes e a co-construção de sentidos entre os sujeitos participantes, além de permitir a

expressão de argumentos, posições, contrastes de versões e contradições sobre a temática estudada (SPINK, MEGENON, MEDRADO, 2014). Os temas das oficinas versaram sobre as categorias pobreza, gênero feminino, apoio social e saúde mental, assim como foram apresentados e problematizados alguns resultados encontrados na primeira etapa do estudo.

Foram realizadas 05 oficinas, das quais: 03 em Serrota e 02 em Providência. Em relação às metodologias, foram utilizados os seguintes recursos: fotolinguagem; apresentação de vídeo, seguido de debate; e apresentação dos resultados da pesquisa, seguidos de debate. Todas as oficinas foram facilitadas pela pesquisadora e gravadas para posterior análise.

Na oficina 01, de Serrota, foi desenvolvida a partir do uso da Fotolinguagem. A pesquisadora selecionou imagens relacionadas a diversos temas, a saber: imagens de mulheres brancas, negras, de animais, da natureza, relacionadas ao trabalho, casamento, grupos sociais, famílias, entre outros. Tais imagens foram utilizadas como mediadoras, como elemento disparador das falas dos sujeitos. Tal atividade teve por objetivo explorar as concepções de “ser mulher” para as participantes, tendo como foco “Quem são as mulheres de Serrota?”, ademais de uma breve apresentação de cada uma das participantes. Foi solicitado que as participantes se apresentassem, utilizando como elemento de mediação as imagens apresentadas, e problematizamos também o significado de ser mulher para elas. Durante as apresentações surgiram e foram explorados temas em torno de: papéis masculinos e femininos na sociedade; representações de mulher; família; trabalho; dinheiro; cuidados domésticos (com a casa e família); poder/liberdade; casamento; relação de par. Esta oficina ocorreu apenas em Serrota, representou o primeiro contato com as participantes e com a equipe do CRAS – Rural. Durante a facilitação, estavam presentes, duas pesquisadoras do NUCOM e uma estagiária de serviço social do CRAS-Rural.

Na segunda oficina realizada em Serrota, e primeira em Providência, foi realizada a apresentação e discussão do vídeo *Severinas*¹², produzido em 2013, por Eliza Capai. O documentário, de duração de 10 minutos, foi produzido a partir do contato da cinegrafista com a pesquisa de Rêgo e Pinzani (2013), intitulada *Vozes do Bolsa Família*, retrata o modo de vida das mulheres pobres moradoras do sertão brasileiro, em especial de Guaribas (município do sertão do Piauí)¹³. Após a exibição do documentário foi solicitado que as mulheres dialogassem sobre o filme abordando os seguintes temas: impressões gerais sobre o filme; aproximações e distanciamentos dos modos de vidas das mulheres do documentário com a realidade pessoal;

¹² Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vt62puheABw>.

¹³ Guaribas foi um dos municípios pilotos de implantação do Programa Fome Zero (DEDECCA, BARBIERI, 2005), em 2000 possuía o IDH-M de 0,214, subindo para 0,508 em 2010 (www.atlasbrasil.org.br).

concepções de pobreza; vida em condições de pobreza; vida das mulheres no sertão; bolsa família e; relações entre homens e mulheres.

Na terceira oficina de Serrota, segunda de Providência, teve por objetivo discutir junto às mulheres resultados da etapa quantitativa relacionados às categorias saúde mental e apoio social. Os referidos resultados foram sistematizados em gráficos que apresentavam os indicadores relacionados à: Transtornos Mentais Comuns (TMC) e sexo; TMC e renda; TMC e estado civil; TMC e situação laboral; média dos itens do *Self Report Questionnaire-(SRQ-20)*; média dos itens da *Escala Reduzida da Percepção de Suporte Social*, com destaque aos tipos de apoio social mais recorridos; média e frequência das fontes de apoio social. Os dados foram apresentados e, em seguida, indagou-se às mulheres os fatores que poderiam estar relacionados à expressão dos resultados encontrados. A Tabela 7 apresenta de forma sintéticas informações sobre as oficinas realizadas.

O tempo de realização das oficinas variou de 1 hora a 1 hora e 30 minutos. Durante esta atividade, foi frequente a interrupção ou chegada de filhos ou irmãos, que se direcionavam às mães ou irmãs em função de alguma necessidade. Sobre os locais de realização das oficinas, é importante destacar que os Serviços de Convivência e Fortalecimentos dos Vínculos (SCFV) não dispunham de infraestrutura ideal para a realização de atividades grupais, o que ocorreu principalmente na Serrota. Nesta localidade, o serviço tinha uma sala com pouca ventilação e iluminação, o que causava um certo incômodo nas participantes e facilitadora. Como as crianças estavam na sala ao lado, fazendo atividade, muitas vezes o barulho também era outro fator de incômodo. Buscando minimizar tais eventos desagradáveis, foi articulado com a equipe do CRAS-Serrota, na terceira oficina, que as crianças fossem para a creche (localizada próxima ao SCFV) e o grupo fosse realizado fora da sala, no pátio. Neste momento, conseguiu-se criar um momento mais favorável ao diálogo entre as participantes. Já em Providência, as oficinas foram realizadas em dois locais diferentes, a primeira na antiga sede do SCFV, que apesar de escura, com estrutura bem antiga e deteriorada (paredes sem reboco, móveis antigos, quebrados) apresentava boa ventilação e era bastante ampla. E a segunda, ocorreu na nova sede do SCFV. Com a inauguração da nova Unidade Básica de Saúde (UBS), o SCFV foi transferido para o antigo prédio da UBS, que foi pintado e adaptado para acolher o novo serviço. Este local possuía melhor iluminação, ventilação e privacidade para a realização das atividades grupais.

Tabela 7 - Descrição das oficinas realizadas na 2ª Fase do Estudo.

Localidade	Data	Metodologia	Nº de Participantes	Local
Serrota	12.09.2016	Oficina 01	13 mulheres	

Fotolinguagem				
	10.10.2016	Oficina 02: Filme/debate <i>Severinas</i>	13 mulheres	Serviço de Convivência e Fortalecimento dos vínculos da Serrota
	31.10.2016	Oficina 03: Roda de Conversa – Resultados Quantitativos da Pesquisa	08 mulheres	Serviço de Convivência e Fortalecimento dos vínculos da Providência – sede antiga
Providência	24.11.2016	Oficina 01: Filme/debate <i>Severinas</i>	12 mulheres	Serviço de Convivência – sede nova
	12.12.2016	Oficina 02: Roda de Conversa – Resultados Quantitativos da Pesquisa	6 mulheres	Serviço de Convivência – sede nova

Fonte: Elaborada pela autora.

Após a realização das oficinas, foram marcadas e realizadas 07 entrevistas individuais. Exceto a entrevista de Marta, que ocorreu na Escola de Ensino Infantil e Fundamental João Gomes da Silva, e de Ana, que ocorreu no SCFV, as demais ocorreram nas casas das entrevistadas. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 1 hora e 10 min., e o local de realização foi escolhido pelas próprias entrevistadas. Foi realizado uma entrevista com cada participante.

Segundo Gaskell (2015), a entrevista é uma conversação, estabelecida entre entrevistador e entrevistado(s), que dura entre uma hora e uma hora e meia, que estabelece como o foco da atenção a escuta e entendimento do que é falado. A partir da entrevista é possível “uma compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2015, p. 65). As entrevistas tiveram como foco a vida em condição de pobreza das mulheres, as relações de apoio social e saúde mental. Ocorreram dois tipos de entrevista, semi-estruturadas e não-estruturadas.

As entrevistas semi-estruturadas são conversações que se estabelecem mediadas por um roteiro guia, que serve para nortear a conversa, podendo, neste processo, serem criadas novas questões considerando o objetivo da pesquisa e o desenvolvimento da entrevista. Elas ocorreram com as mulheres que não haviam respondido ao questionário, e, neste caso, tal instrumento serviu com elemento mediador da conversação. Durante a realização, a entrevistadora marcou as opções de resposta (no questionário de múltipla escolha), e em alguns

momentos solicitou esclarecimentos das respostas dadas. Tal procedimento ocorreu considerando os mesmos tópicos das entrevistas não estruturadas.

As entrevistas não-estruturadas ocorreram com as mulheres que já haviam respondido ao Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional. Segundo Breakwell (2010, p.243), nas entrevistas não-estruturadas “o pesquisador tem um número de tópicos a cobrir, mas as questões precisas e sua ordem não são fixadas: permite-se que elas se desenvolvam do intercâmbio com o entrevistado”. Os tópicos versavam sobre: vida em condições de pobreza; qualidade de vida; atividades desenvolvidas no cotidiano; relações de gênero; rede de apoio social; fontes de apoio social; tipos de apoio social recorridos; expressão de sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade; estratégias de cuidado em saúde mental. Com as mulheres já haviam respondido ao questionário, as entrevistas partiam de uma análise prévia dos questionários e esclarecimentos de algumas respostas dadas, em função dos tópicos descritos.

A sistematização e análise do material produzido na pesquisa, etapa em processo de construção, foi realizada a partir da Análise de Conteúdo temática (BARDIN, 2004), realizada com o auxílio do *software Atlas.Ti 5.2*. A análise de conteúdo busca “[...] estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” (BARDIN, 2004, p. 41). Considerando seu aspecto operacional, ela se propôs a partir, primeiramente, de uma análise superficial do material, para, em seguida, chegar a uma compreensão profunda deste. Segundo Minayo (2010), a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e considera no texto diversos fatores que determinam suas características psicossociais, culturais, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2010). A modalidade de análise de conteúdo usada foi do tipo Temática, e buscou identificar as unidades de significação, no caso os temas, que se destacam na comunicação e cuja presença tem relevância para os objetivos da pesquisa. O processo de análise seguiu as seguintes etapas propostas por Bardin (2004): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

2.3 Aspectos Éticos

Em obediência aos parâmetros e itens que regem a Resolução 446/2012/CNS/MS, que regulamenta pesquisa com seres humanos, a pesquisa realizou os seguintes procedimentos:

foi submetida a análise ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovada com CAAE: 46474715.5.1001.5054 e Parecer Nº 1.233.648 (ANEXO A); todos os sujeitos participantes foram apresentados e assinaram a concordância aos *Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento para a Participação em Pesquisa* (APÊNDICE B).

Antes da realização de cada procedimento de coleta de dados, foram explicados aos participantes do estudo os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como: a metodologia aplicada, a não obrigatoriedade de participação, como, também, a garantia do sigilo das informações e do anonimato do informante.

Outro aspecto relevante a ser considerado, que extrapola os aspectos legais e normativos da pesquisa com seres humanos, é o compromisso da pesquisadora com a devolutiva dos resultados deste estudo. Este procedimento ocorrerá, após finalização da pesquisa, através da publicização dos resultados e análises nos contextos: acadêmico/científico, institucionais/governamentais (serviços vinculados às políticas de assistência social e saúde e organizações não-governamentais existentes nos territórios pesquisados), comunidades e sujeitos pesquisados.

A devolutiva nas comunidades pesquisadas ocorrerá da seguinte forma: em Pentecoste: será realizada uma reunião com profissionais da Assistência Social e Saúde do município, no momento ocorrerá a apresentação dos principais resultados da pesquisa, a entrega da tese e a realização de duas rodas de conversa (nas comunidades Serrota e Providência) onde convidaremos a participar as mulheres usuárias do Centro de Convivência; em Humaitá, devido a distância, enviaremos a tese e os artigos derivados desta para os pesquisadores da UFAM, participantes da pesquisa, e para as secretarias municipais de Assistência Social e Saúde do município.

3 UMA LEITURA DA POBREZA MULTIDIMENSIONAL SOB O VIÉS DE GÊNERO: DIFERENÇAS DE SUA EXPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES MORADORES DE COMUNIDADES RURAIS

Este capítulo tem por objetivo comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do Norte e Nordeste do Brasil. O mesmo buscará problematizar as especificidades da vivência da pobreza para homens e mulheres no contexto rural, a partir de uma leitura de gênero. Parte-se do pressuposto que a pobreza é vivida de diferentes formas por homens e mulheres, sendo esta vivência atravessada por distintos processos de determinação social e pelas relações de poder que se estabelecem para com os gêneros. Ademais da categoria de gênero, consideraremos ainda as diferenças contextuais e regionais, uma vez que trabalharemos com uma análise quantitativa dos dados provenientes da pesquisa desenvolvida em comunidades rurais de Humaitá (Amazonas) e Pentecoste (Ceará).

Inicialmente, teceremos uma discussão sobre pobreza e a sua expressão na atualidade. Traremos como foco de análise a pobreza no contexto rural, discutindo o rural e as diversas expressões deste na atualidade, fugindo de um pensamento homogêneo e dicotômico entre os contextos rural e urbano. Em seguida, problematizaremos o conceito de pobreza, a partir de um olhar multidimensional e psicossocial, além das possibilidades de seu enfretamento em meio a uma sociedade capitalista neoliberal. E por fim, tecemos considerações sobre a pobreza rural sob o viés de gênero. Para tanto, discutimos brevemente a necessidade de uma análise das interseccionalidades entre gênero e pobreza atentas às dinâmicas específicas da relação que se estabelecem entre estas, ultrapassando a simples somatória de opressões (MAYORGA, 2014).

Assim como a vivência da pobreza ocorrerá de forma diferenciada para homens e mulheres, o gênero também sofrerá os efeitos dos marcadores sociais classe social, etnia/raça e local de moradia. Compreendemos que o “gênero comporta diferenças de raça/etnia, assim como as de classes sociais. A recíproca também é verdadeira: tanto as classes sociais quanto as categorias de raça/etnia comportam diferenças de gênero” (SAFFIOTI, 1995, p.163).

Deste modo, buscamos problematizar e comparar a expressão da pobreza no contexto rural para homens e mulheres, compreendendo-as como sujeitos multifacetados, que se constituem em um dialético e contraditório processo de determinação com o social. A pobreza é analisada a partir de uma perspectiva multidimensional, discutindo a influência de suas diversas dimensões presentes na sua conformação. Para tanto, fazemos uso do Índice de

Pobreza Multidimensional, composto pelas dimensões trabalho e renda, habitação, saúde, educação e aspectos psicossociais da pobreza.

3.1 A pobreza e sua expressão no rural

A pobreza, na atualidade, tem sido tema objeto de pesquisas e intervenções em diversas áreas do conhecimento, nos âmbitos nacionais e internacionais. Na América Latina, os estudos sobre a temática ganham destaque a partir da década de 1970, tendo como foco as necessidades básicas essenciais para manutenção da vida (DIETERLEN, 2003). No âmbito mundial, 1% dos mais ricos possuem a riqueza equivalente dos 99% restantes (OXFAM, 2017), a pobreza é realidade para mais de 700 milhões de pessoas. Pobreza é tema recorrente nos relatórios apresentados por instituições internacionais como Banco Mundial e Nações Unidas (ACCORSSI; SCARPARO; GUARESCHI, 2012). No período de 2000 a 2015, a Organização das Nações Unidas estabelece como um dos objetivos do desenvolvimento do milênio a redução da pobreza, e no período de 2015 a 2030, define como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável a erradicação da pobreza sobre todas as formas e em todos os lugares (PNUD, 2016), meta que será inalcançável se não revermos as formas de organização e distribuição da riqueza produzida na sociedade atual. A erradicação da pobreza requer a eliminação das desigualdades abismais existentes entre ricos e pobres.

No Brasil, a problemática da pobreza historicamente se faz presente, de forma direta ou indireta, na vida de seu povo. Vivemos em um país, marcado pela desigualdade social, concentração de renda, desemprego, exploração e submissão da população à lógica do capital. Dados estatísticos nos ajudam a compreender a expressão do fenômeno, que após anos de retração volta a crescer novamente. Em âmbito nacional, a renda familiar per capita dos 20% mais ricos é 17,8 vezes maior que a dos 20% mais pobres (IBGE, 2011) e 5% mais ricos recebem o equivalente aos demais 95% da população (OXFAM, 2017). A problemática da pobreza se intensifica nos pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, onde estão aproximadamente 2/3 dos extremamente pobres e 1/2 dos pobres (SOUZA; OSÓRIO, 2013). O país segue destaque em desigualdade de renda no âmbito mundial e “continua sendo um dos países mais desiguais do mundo, com um coeficiente de Gini¹⁴ mais alto que a maioria dos outros países, à exceção de Colômbia e Honduras na América Latina e Caribe e de alguns países da África subsaariana” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.2).

¹⁴ O coeficiente Gini mede o grau de concentração de renda em determinado grupo, permitindo apontar a diferença entre os rendimentos dos mais ricos e mais pobres. Numericamente, ele varia de 0 a 1.

Entre 1988 e 2015, reduzimos de 37% para menos de 10% a população abaixo da linha da pobreza e nos últimos 15 anos 28 milhões de pessoas saíram da condição de pobreza (OXFAM, 2018), entretanto, a concentração de renda se manteve estável (BANCO MUNDIAL, 2017). Entre 2016 e 2017, vivemos uma retomada do crescimento da pobreza e extrema pobreza: a proporção de pobres subiu de 25,7% da população para 26,5% (rendimento de até US\$ 5,5 por dia), em números absolutos, a variação foi de 52,8 milhões de pessoas para 54,8 milhões. Em relação à pobreza extrema, subimos de 6,6% para 7,4% o percentual das pessoas em extrema pobreza (rendimento domiciliar per capita inferior a US\$ 1,9 por dia), totalizando 15 milhões de pessoas nesta condição.

Tal retomada na intensificação da pobreza e extrema pobreza, tem íntima relação com a crise política e econômica que vivemos no cenário brasileiro atual, considerando as reformas políticas que têm sido implantadas de forma intensiva nos últimos anos, desde o governo golpista de Michel Temer, pós-impeachment, até o governo atual. Período fortemente marcado pela implementação da agenda neoliberal, de minimização do Estado e cortes nos gastos sociais, onde estão sendo implementadas uma série de medidas que freiam e retrocedem os avanços sociais alcançados nos últimos anos. Segundo a OXFAM (2017, p.12), desde 2014, no Brasil “existe evidente e acelerada redução do papel do Estado na redistribuição dos recursos em nossa sociedade, o que aponta para um novo ciclo de aumento de desigualdades”.

Considerando o histórico de redução da pobreza no Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003, convertido em lei em 2004 (lei Federal 10.836), que teve importante papel na redução dos indicadores de pobreza nacionais (OSÓRIO, 2005; SOUZA; OSÓRIO, 2013). Tememos pela sua extinção ou redução. O PBF é um programa de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, tendo como foco o acesso a direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. É realizado através do auxílio financeiro, disponível se há o cumprimento de condicionalidades, no âmbito da Saúde, Educação e Assistência Social (BRASIL, 2004). Osório (2015), em pesquisa realizada a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) sobre renda domiciliar *per capita*, destaca que houve, no período de 2004 a 2014, uma queda da desigualdade no país a partir dos indicadores Gini que caíram de 5,70 para 5,15. Afirma ainda, um aumento da renda *per capita* domiciliar de R\$549,83 em 2004, para R\$861,23 em 2014. Em relação à pobreza e à pobreza extrema, no Brasil, a queda foi de 24,95% para 8,54%, respectivamente, no mesmo intervalo de dez anos já mencionado.

De acordo com Souza e Osório (2013,), a pobreza no Brasil está localizada em áreas e afirmam que “tanto a pobreza quanto a extrema pobreza são cada vez mais problemas típicos dos municípios do interior das regiões Norte e Nordeste, que se configuram, portanto, áreas prioritárias para intervenções públicas” (SOUZA; OSÓRIO, 2013, p. 144). Pesquisa realizada pelo IPEA¹⁵, em parceria com o Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo, revela que a política de enfrentamento adotada pelo Governo Federal tem sido pouco efetiva e provocado poucas melhorias nos perfis regionais da expressão da pobreza e a pobreza extrema no contexto rural. Segundo os pesquisadores,

A redução da pobreza não acompanhou as alterações em seus principais aspectos ou perfis. Em termos regionais, pouco mudou, com as regiões Norte e Nordeste apresentando as maiores taxas de prevalência da pobreza, bem como as áreas rurais em todas as regiões. Ou seja, a pobreza e a extrema pobreza se reduziram, mas continuam sendo mais presentes no meio rural e nas regiões Norte e Nordeste. (SOARES *et al.*, 2016, p.1).

Tais autores consideram as definições de rural e urbano utilizados pelo IBGE, assim como as linhas de extrema pobreza e pobreza estabelecidas pelo governo federal. Os dados da pesquisa apontam que há uma redução significativa da extrema pobreza nos domicílios agrícolas¹⁶, entretanto há uma estabilidade nas taxas nos domicílios pluriativos, que se manteve praticamente igual entre os anos de 2004 e 2013. Como característica deste cenário, os autores afirmam a presença de uma série de problemáticas sociais entre os domicílios agrícolas e pluriativos extremamente pobres, a saber: posse da terra insuficiente; menos de 40% recebem o benefício do Programa Bolsa Família; presença de pessoas idosas sem aposentadoria ou pensão; alta prevalência do trabalho informal, assim como de desocupação e desemprego. Uma preocupação destacada pelos autores é a pouca alteração no cenário da pobreza no Norte, que se manteve praticamente o mesmo durante a década estudada nos domicílios não agrícolas e pluriativos.

Ao tomarmos como foco de análise o cenário rural, com o intuito de fazer uma leitura da pobreza vivida em tal contexto atenta às suas especificidades, faz-se relevante compreender aspectos conceituais e históricos que constituem o rural na contemporaneidade. No Brasil, durante a década de 1950, aproximadamente 64% da população vivia nas zonas rurais, esta marca que se inverte pós década de 1980 com mais de 67% da população vivendo

¹⁵ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

¹⁶ Segundo Soares *et al.* (2016, p.1), domicílios agrícolas são “aqueles onde há pelo menos um membro empregado no setor agrícola e 67 por cento ou mais da renda do trabalho advém de atividades agrícolas” e domicílios pluriativos são “aqueles em que pelo menos um membro está empregado no setor agrícola, mas menos de 67 por cento da renda do trabalho vem da agricultura”.

no contexto urbano (CAMPOS, 2011). Tal inversão é fruto do intenso êxodo rural vivido no país, no qual uma grande massa da população do campo migra para a cidade em busca de trabalho e melhores condições de vida.

Segundo Hespanhol (2013), a partir da década de 1990, há uma retomada no Brasil dos estudos sobre a relação campo-cidade buscando analisar as intensas transformações de ordem econômica, social, cultural e política, vividas nos contextos rurais e urbanos no país, a partir da segunda metade do século XX, fruto do intenso processo de urbanização ocorrido. Destaca ainda a autora, que tais mudanças impuseram a necessidade de ressignificação do urbano e rural, que ambos se manifestam de diferentes maneiras, uma vez que os processos de globalização, reestruturação produtiva e urbanização ocorreram de formas diversas no território nacional, o que marca a heterogeneidade de tais espaços.

Campo e cidade são compreendidos como espaços (formas) dotados de conteúdos que, por sua vez, denominam-se rural e urbano. Esses conteúdos (ruralidade e urbanidade), entretanto, podem extrapolar seus espaços de origem e, portanto, qualquer definição a priori que se apresente de forma estanque pode impossibilitar uma análise mais completa da realidade que, em si, é dotada de uma multiplicidade de sentidos. (HESPANHOL, 2013, p. 109)

Albuquerque e Pimentel (2004) anunciam a dificuldade de precisão dos termos e a impossibilidade de pensá-los como contextos homogêneos. Graziano da Silva (1997) defende uma diluição das linhas divisórias entre o que se concebe por rural e urbano e propõe pensarmos tais espaços como contínuos. O rural, território rico e complexo, já não pode mais ser considerado como exclusivamente agrário (SILVA, 1997; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014) uma vez que há uma diversidade de atividades não agrícolas que lá se desenvolvem, voltadas para indústria e para o setor de serviços, por exemplo. Devido a heterogeneidade e pluralidade das configurações do rural, autores tem optado pelo uso da expressão “ruralidades” (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016). De acordo com Karam (2004), rural e ruralidades são termos que se identificam, relacionados aos modos de existência constituídas no campo.

Apesar de compreendermos tal imprecisão, no tocante as diferenciações entre rural e urbano, constatamos que tais contextos possuem especificidades que incidirão nos modos de vida, de sociabilidade e produção das singularidades das pessoas que neles vivem (GOMES, NOGUEIRA, TONELI, 2016). Na atualidade, pesquisas tem apontado que a expressão da pobreza no contexto rural terá suas especificidades e, conseqüentemente, seu enfrentamento e compreensão ocorrerão de modo diferente dos cenários urbanos.

Segundo Silva, Dimenstein e Leite (2014, p. 396), “mesmo com as fronteiras borradas, a vida no meio rural ainda é marcada fortemente pela pobreza, baixa escolaridade,

trabalho precarizado, escassez de serviços e recursos, especialmente no nordeste brasileiro”. Para Leite *et al.* (2013), o contexto rural é marcado por uma série de problemáticas sociais: gestões municipais historicamente marcadas por fragilidade econômica e administrativa, por dependência dos programas federais e por práticas clientelistas e autoritárias; forte presença de problemas sociais como mortalidade infantil, analfabetismo, trabalho infantil, desnutrição, pobreza, precárias estradas e sistema de transporte, desemprego, além de problemas caracteristicamente urbanos como a violência, o uso abusivo de drogas, gravidez na adolescência, entre outros.

O insuficiente acesso à terra, fenômeno presente no campo e influente nos seus índices de pobreza, deve ser lido como fruto da histórica concentração fundiária brasileira. Segundo Nakatani, Faleiros e Vargas (2012), o Brasil é um dos poucos grandes países que durante o seu processo de desenvolvimento e crescimento econômico não passou, ao longo da sua história, por um efetivo processo de reforma fundiária que possibilitasse o amplo acesso da população à terra. Como reflexo disso, temos um país marcado pelo latifúndio e pela pobreza no campo. De acordo com Fernandes (2016), há 40 anos temos um processo de reforma agrária em curso no Brasil, feita de forma inacabada em pequenas frações, que reflete um movimento de confrontos entre luta pela terra, disputas territoriais e diferentes paradigmas de modelos de desenvolvimento que se chocam. Para o autor, em nosso país

O modelo hegemônico de desenvolvimento da agricultura é o agronegócio, baseado no trabalho assalariado, em grandes exportações, na monocultura em grande escala para a exportação. Esse modelo é defendido pelas corporações, pela maior parte da sociedade em geral e pelos governos. O agronegócio procura subordinar permanentemente o campesinato ou agricultor familiar, mas estes têm procurado construir outro modelo de desenvolvimento baseado no trabalho familiar, associativo ou cooperativo, em projetos próprios de educação, em mercados institucionais para diminuir o grau de manipulação pelo modelo capitalista. (FERNANDES, 2016, p. 25)

Analisa o autor que a incompatibilidade entre os dois modelos de desenvolvimento provoca permanentes confrontos e conflitos no campo. Neste jogo, a reforma agrária resulta da correlação entre movimentos sócio-territoriais, governos, latifúndios e agronegócios, sendo indissociáveis luta pela terra e reforma agrária em curso (FERNANDES, 2016).

Apesar das problemáticas presentes no contexto rural, Ximenes e Moura Jr. (2013) destacam como presentes nos contextos rurais, uma maior vinculação entre as pessoas, o reconhecimento face a face dos seus moradores, assim como uma menor mobilidade e acesso aos serviços de saúde, educação, segurança e assistência social, comparado aos contextos urbanos. Afirmam os autores, a existência de uma maior possibilidade de integração entre as pessoas nas comunidades rurais, devido às características espaciais, sociais e simbólicas

presentes no contexto. Pesquisa realizada por Nepomuceno *et al.* (2017), que comparou uma comunidade rural e uma urbana, constatou que a primeira apresentou piores indicadores de pobreza, entretanto melhores índices de sentimento de comunidade e bem-estar.

Desta forma, estudos, análises e/ou intervenções que se dediquem à compreensão da pobreza no contexto nacional e rural, devem considerar as peculiaridades do contexto rural, que por um lado apresentam uma série de vulnerabilidades historicamente construídas e por outro possui singularidades do seu modo de vida que favorecem a melhores condições de vida, quando comparado ao contexto urbano. As universidades historicamente têm produzidos estudos em contextos urbanos, tomado, muitas vezes como padrões universais, negando e silenciando o rural e seu modo de vida e organização. O mesmo vale para as políticas governamentais que são criadas e implantadas desconsiderando as realidades do rural, o que, por vezes, contribui para a manutenção das desigualdades historicamente instituídas no rural.

Para Kliksberg (2000), o debate sobre o fenômeno na América Latina deve aliar-se a uma discussão em torno das desigualdades sociais historicamente presentes na região. Para o autor, a compreensão de desenvolvimento deve trazer como central a discussão sobre a equidade. O que nos leva a refletir sobre as distintas vulnerabilidades e desigualdades que se estabelecem entre ricos e pobres, entre norte e sul, entre urbano e rural.

3.2 Pobreza: uma leitura para além da renda

Muitos dos estudos sobre pobreza nos apresentam uma compreensão desta como privação de renda, uma vez que consideram como elemento de diferenciação entre pobres, extremamente pobres e não pobres a renda *per capita*. Entretanto, entre pesquisadores e estudiosos não há consenso na definição do termo. De acordo com Soares (2009), as metodologias que estabelecem as linhas da pobreza podem ser objetivas, subjetivas, relativas ou multidimensionais. Insuficiência nutricional; necessidades básicas definidas em função de aspectos sociais e culturais; insuficiência de renda (renda *per capita* familiar, frações de salário mínimo); autodefinição (os sujeitos definem se são pobres ou não) são exemplos de metodologias utilizadas para a leitura do fenômeno.

Na busca de categorizar tais perspectivas, podemos dizer que entre as análises da pobreza coexistem duas grandes perspectivas, as unidimensionais e as multidimensionais (ACCORSSI, 2011; MOURA JR. *et al.*, 2014). As primeiras analisam o fenômeno em função de apenas um fator, a exemplo das abordagens baseadas na renda mínima ou nas necessidades nutricionais básicas. As segundas consideram a pobreza a partir de múltiplas dimensões. De

acordo com Moura Jr. *et al.* (2014), as abordagens multidimensionais possibilitam uma leitura mais abrangente e contextualizada, ampliando a leitura dos aspectos relacionados à renda, mas não a excluindo.

Poucos pesquisadores da temática da pobreza defendem a unidimensionalidade do fenômeno (SOARES, 2009). Na atualidade, muitos são os que defendem a leitura multidimensional do fenômeno (BAGOLIM; SOUZA; COMIM, 2012; CODES, 2008; MELO, 2005; RÊGO; PINZANI, 2013; XIMENES; CIDADE; NEPOMUCENO, 2016). Tais pesquisas compreendem que para uma análise complexa da pobreza é necessário que se considerem as diversas variáveis que incidirão diretamente na produção e expressão da problemática, para além de perspectivas unidimensionais.

A leitura da pobreza como um fenômeno multidimensional terá Amartya Sen como um dos principais teóricos. Para o economista indiano, a pobreza deve ser compreendida como privação das capacidades básicas e liberdades do indivíduo (SEN, 2010). Para Sen (2010, p.40) “a perspectiva baseada na liberdade apresenta uma semelhança genérica com a preocupação comum com a “qualidade de vida”, a qual também se concentra no modo como as pessoas vivem [...] e não apenas nos recursos ou na renda de que elas dispõem”. Tal abordagem analisa a pobreza em “função das diversas formas de privação de capacidades, ou seja, das liberdades envolvidas: da liberdade básica de sobreviver, da igualdade de gênero, de acesso a serviços de saúde, de educação de qualidade, de segurança, liberdade civil e política, entre outras” (NEPOMUCENO, 2013, p. 40). Neste sentido, a pobreza implicará uma série de privações que produzirão efeitos na produção de um modo de vida, a partir das condições estruturais sociais, culturais, econômicas e políticas nas quais os sujeitos estão inseridos.

Na sua expressão atual, pobreza deve ser tomada em sua dimensão estrutural, como um fenômeno forjado em meio ao sistema capitalista neoliberal, a partir de processos estruturais e ideológicos de exclusão e desigualdade social (ACCORSSI, 2011; DEMO, 2001; SIQUEIRA, 2014a). Portanto a pobreza é estrutural ao sistema vigente e fruto da desigual distribuição da riqueza socialmente produzida (YASBEK, 2012; 2015). Para Campos (2011, p.52), “[...] os mecanismos utilizados no processo de produção e reprodução da pobreza não se restringem ao campo da economia, incluem também instrumentos jurídicos, culturais, políticos, espaciais, entre outros”.

A pobreza na sociedade capitalista é resultante do próprio desenvolvimento do capital, sendo a pauperização resultante do modo de produção capitalista, das relações de exploração entre capital e trabalho inerentes a este (SIQUEIRA, 2014a). Portanto, o fenômeno é resultante de uma forma de produção e reprodução social, e não fruto de um insuficiente

desenvolvimento econômico e social, já que é próprio ao sistema a acumulação, e não a socialização, do capital. Consequentemente, a acumulação de alguns poucos resultará na pauperização de muitos. Este processo de acumulação “se realiza por meio da desumanização de grande parte da humanidade, que é condenada a viver, ou melhor, a sobreviver em condições de pobreza” (CAMPOS, 2011, p. 54). Siqueira (2014a) advoga que serão multidimensionais as consequências da pobreza e não as suas causas, fazendo um contraponto à perspectiva de Amartya Sen, apresentada anteriormente.

Dieterlen (2003), pesquisadora mexicana, afirma que o enfoque econômico para a problemática é indispensável, entretanto o seu aspecto ético é de maior relevância. A dimensão ética envolve o respeito às pessoas, os processos de autonomia dos indivíduos, as possibilidades de escolher e decidir sobre as suas vidas. Afirma a autora que a pobreza diminui a possibilidade das pessoas de exercer sua racionalidade, sua vontade, criar objetivos pessoais e traçar meios para alcançá-los.

O combate da pobreza deve buscar a maneira de melhorar a renda e o bem-estar dos indivíduos, mas também deve proporcionar a estes meios necessários para que desenvolvam sua autonomia, para que consigam definir seus planos de vida e possam alcançar meios adequados de realizá-los, e, finalmente, para que possam alcançar e expandir as bases sociais do respeito de si mesmo. (DIETERLEN, 2003, p.49, tradução nossa)

Neste sentido, ao enfrentarmos a pobreza, a autonomia, a ampliação das possibilidades de fazer escolhas e planejar o futuro, além do acesso aos meios para realizá-lo, o respeito aos sujeitos pobres e a percepção do sujeito como alguém digno de respeito são dimensões fundamentais a serem consideradas, historicamente negadas na sociedade atual. Falar de pobreza, passa pela análise do que entendemos por uma vida digna, uma vez que pessoas em condição de privação experienciam uma diversidade de “fomes”, como a vivência de vergonhas, humilhações e injustiças dentro de um contexto de assimetrias e desigualdade de oportunidades (COMIM *et al.*, 2016). Em função disto, o enfrentamento do fenômeno, de caráter psicossocial, deve contemplar a sua dimensão ética, a luta pela garantia dos direitos humanos, através de uma política social justa que vise a superação das iniquidades.

Desacreditamos em perspectivas de superação da pobreza que não visem a construção de formas de vida e sociabilidade mais igualitárias, pautadas em uma apropriação equânime das riquezas produzidas pelos povos. O modelo vigente de desenvolvimento humano neoliberal, prioritariamente, tem proposto o enfrentamento da questão a partir de políticas focais, em paralelo à um intenso processo de minimização do Estado, sem questionar o modo de estruturação da sociedade capitalista. Segundo Campos (2011, p.61-62), nesta sociedade o debate sobre o desenvolvimento é “permeado pelos interesses do mercado e o ataque à pobreza

é minimizado a políticas focais. Fenômeno da ‘focopolítica’ se traduz em benefícios aos pobres, no mesmo momento em que se reduzem os direitos sociais”.

Tais estratégias de enfrentamento à pobreza, que não se propunham a questionar e modificar os processos de acumulação de capital e, que não possibilitem uma justa socialização da riqueza produzida, “não passam de paliativos pontuais para amenizar a pobreza, sem impactar nos fundamentos que a geram” (SIQUEIRA, 2014b, p. 242). A lógica das políticas focalizadas perpetua o histórico lugar ocupado pelo Estado brasileiro de gestor da pobreza, possibilitando a manutenção da acumulação do capital e da opressão das classes subalternas (YASBEK, 2015).

Como nos alerta Yasbek (2015, p. 52) para o papel moderador de tensões sociais exercido pelas políticas sociais, uma vez que historicamente no Brasil estas

[...] assumem o papel de atenuar, através de programas sociais, os desequilíbrios no usufruto da riqueza social entre as diferentes classes sociais, bem como os possíveis conflitos sociais decorrentes das precárias condições de vida a que se encontram submetidas as classes subalternas.

Ademais de tal faceta das políticas sociais, estas por vezes, reproduzem visões individualistas, moralizantes e higienistas da pobreza, que reduzem a existência do fenômeno à incompetência dos sujeitos em gerir sua vida e alcançar êxito na sociedade atual, lógica fortemente pautada em um discurso liberal e meritocrático. Um exemplo disso é o programa intitulado *Futuro na Mão: dando um jeito na vida financeira* (BRASIL, 2018), lançado pelo Ministério do Desenvolvimento Social em 2018, que visa promover a educação financeira de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família. Segundo concepção do programa, a educação financeira seria capaz de gerar autonomia pessoal e familiar, bem-estar e romper com o ciclo da pobreza. Uma clara demonstração de uma compreensão culpabilizante e individualista da pobreza, considerada como fruto da incapacidade dos sujeitos de gerir seus recursos, que por não saber fazer um bom uso do dinheiro acaba por inserir a si e sua família em uma condição de privação.

Educar os pobres que recebem a “grande” complementação de renda é a prioridade para aqueles que defendem uma assistência social orientada pela perspectiva liberal, gerencialista e meritocrática. As famosas “portas de saídas” com as “generosas” ofertas do Estado benfeitor propostas por este governo, substituem políticas públicas integradas como o acesso ao microcrédito; a inserção no mundo do trabalho pela qualificação profissional, econômica solidária e outras iniciativas produtivas; a agricultura familiar e a segurança alimentar; além de políticas econômicas que desonerem o trabalho, gerem renda e empregos. Mais do que isso, demonstram a perversidade da elite que coloniza o Estado e entende o direito como outorgar, concessão, e não como conquista parcial, diante da desigualdade histórica, aprofundada num contexto de golpe. (SILVEIRA, 2018, s/n)

Siqueira (2014b) denuncia a função ideológica das concepções que consideram a pobreza como fruto de uma opção pessoal, resultante da preguiça ou características pessoais do sujeito; uma “disfunção”, “desajuste” ou “patologia” de grupos marginais; ou ainda como “déficit” educacional ou resultante da falta de capacitação humana. Tais visões acabam por produzir e fortalecer a culpabilização dos sujeitos por sua condição de pobreza. Nesta perspectiva, se constrói uma compreensão de que apenas os esforços individuais são capazes de superar a pobreza, mantendo o modo de organização e produção da sociedade vigente.

Guareschi (2014) considera a competitividade, a culpabilização e a exclusão dos saberes como três aspectos ideológicos de criação e perpetuação da exclusão social. Através deles se legitima e sacraliza determinadas formas de dominação. Esclarece o autor que em meio aos ideais neoliberais, há o pressuposto de que só é possível haver desenvolvimento se há competitividade, propaga-se a crença de que através da dedicação e esforço é possível alcançar bem-estar, qualidade de vida e poder econômico. A culpabilização ocorre enraizada na lógica individualista, que atribui sucessos e fracassos exclusivamente em função das particularidades individuais, à revelia das causalidades sociais e históricas. E, por fim, há uma exclusão de determinados saberes, uma desqualificação e deslegitimação do saber popular, tido como errado, falso, duvidoso e perigoso.

Deste modo, as injustiças e desigualdades atuam estabelecendo às pessoas que vivem na pobreza um determinado lugar na sociedade. O lugar da desqualificação, de suas “crenças, de seu modo de se expressar e de seu comportamento social, sinais de ‘qualidades negativas’ e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social” (YASBEK, 2012, p.289). Neste jogo, são comuns os processos de culpabilização do pobre por sua condição, tendo como um dos seus efeitos a consolidação de um imaginário social do pobre como subalterno, serviçal, dependente, incapaz, merecedor de caridade, ignorante e violento (XIMENES; CIDADE; NEPOMUCENO, 2016).

Moura Jr. *et al.* (2014) afirmam que frequentemente as abordagens da pobreza, inclusive as abordagens multidimensionais não abrangem

[...] de forma crítica e estrutural dimensões psicológicas e sociais da vida em condições de pobreza. Esses aspectos estão manifestos em comportamentos, ideias e sentimentos reforçadores da submissão, alienação e resignação, como também em fatores que prejudicam a capacidade de enfrentamento de situações adversas. (MOURA JR. *et al.*, 2014, p. 346)

Autores que se dedicam a problematizar as implicações psicológicas da vida em condições de pobreza destacam que esta é capaz de produzir efeitos no bem-estar e nos estados

de saúde da população, além de impactar em formas singulares de expressão no psiquismo (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012; MOURA JR.; XIMENES; SARRIERA, 2014). Neste sentido, é importante para uma análise da pobreza, considerar as suas implicações psicossociais, estabelecendo um olhar para os processos intersubjetivos, para os atravessamentos do social no humano, assim como sua reversibilidade (NEPOMUCENO, 2013). Assim como, a relevância da inclusão da dimensão subjetiva na avaliação da pobreza, neste bojo entram: as concepções dos sujeitos tem de si e da pobreza; aspectos relacionados ao bem-estar, em função da avaliação que o sujeito faz de si e de sua vida (MOURA JR, 2015); as experiências de vergonha e humilhação vividas (ZVALETA, 2011); o apoio social percebido e suas fontes (SILVA, L. *et al.*, 2016), entre outros.

Assim, torna-se possível uma maior compreensão dos processos singulares e coletivos estabelecidos em meio às condições e contradições da vida em pobreza, pondo em evidência aos sofrimentos ético-políticos (SAWAIA, 2014) produzidos, assim como os processos de superação e enfrentamento das adversidades cotidianas estabelecidas por pessoas e coletividades em meio à pobreza. Aspectos estes, melhor explorados nos capítulos que seguem.

Em síntese, a pobreza, considerando sua expressão atual e o cenário de retomada do seu crescimento é uma problemática vivida por muitos brasileiros, em especial no Nordeste e Norte do país e em comunidades rurais. Para sua leitura, devemos lançar mão de um olhar multidimensional e psicossocial da problemática, entendendo-a como um fenômeno multifacetado, com implicações nas dimensões econômicas, políticas, socioculturais, ideológicas e subjetivas. O seu enfrentamento requer considerar tais dimensões, ampliando o seu foco de atuação para toda a sociedade, fortalecendo processos coletivos e individuais de constituição de outros modos de sociabilidade, não se limitando aos sujeitos que vivem em condições de pobreza.

3.3 Reflexões sobre a relação entre gênero, pobreza e ruralidade

As problematizações anteriormente apresentadas nos levam a compreender que no jogo de interação de elementos de ordem social, econômica, histórica e culturais, a pobreza se expressará de diferentes maneiras, em função dos recursos materiais, sociais, políticos e individuais que cada sujeito dispõe, assim como do grupo social a que pertence. Desta forma, nos propomos a tecer um olhar da pobreza rural sob o viés de gênero, analisando como o fenômeno se expressa na vida das mulheres. Para tanto, investiga-se como os históricos lugares

sociais ocupados pelas mulheres na sociedade incidirão sobre a vivência dos contextos de privação. Portanto, refletiremos como os marcadores gênero, pobreza e ruralidade se interseccionam na experiência de mulheres.

Ao compararmos homens e mulheres, estas estão em maior vulnerabilidade, uma vez que apresentam menor renda, maiores indicadores de desemprego, estão mais expostas ao trabalho precarizado e informal, além de serem vítimas de violência de gênero cotidianamente (BRASIL, 2013). Somado a tais fatores, há o fenômeno da invisibilidade e não remuneração do trabalho doméstico, que ainda hoje segue sendo responsabilidade atribuída majoritariamente às mulheres. Entretanto, apesar deste fato, as medições tradicionais da pobreza escondem as questões de gênero, uma vez que na maioria das vezes avaliam as condições da unidade familiar sem considerar as relações assimétricas nela existentes (CEPAL, 2016; OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA, 2005).

No que concerne à distribuição da pobreza nos diferentes arranjos familiares, segundo pesquisa realizada por Camarano e Fernandes (2015) em 2014, ela se expressa da seguinte forma: 17,5% entre mulher com filhos, 15,2% casal com filhos, 8% homem com filhos, 5,6% mulher sozinha, 5,4% homem sozinho e casal sem filhos 4,2%. Afirmam, também, as autoras, que na década pesquisada (2004 a 2014) houve uma queda da pobreza em todos os tipos de arranjos familiares. Em relação ao desemprego, Fontoura, Lima Jr. e Churfem (2015) apontam que os marcadores raça e gênero influem de forma considerável nos indicadores. De acordo com os autores entre 2013 e 2014, o desemprego se expressou da seguinte forma entre: mulheres negras/pardas 35,1%, homens negros/pardos 25,2%, mulheres brancas 20,5% e homens brancos 19,06%. Mulheres negras/pardas também apresentam os piores indicadores em relação ao rendimento médio do trabalho, recebendo em média um salário de R\$945,9, ao passo que homens negros/pardos recebem, em média, R\$ 1.374,5, as mulheres brancas R\$1.654,1 e os homens brancos R\$2.393,1 (FONTOURA; LIMA JR.; CHERFEM, 2015). A partir de tais dados, podemos perceber que homens brancos tendem ter melhores salários e estão menos vulneráveis ao desemprego, em contraponto aos negros/pardos e, em especial, às mulheres negras/pardas.

Tais dados nos levam a problematizar os fatores relacionados a produção de uma maior vulnerabilidade das mulheres à pobreza. Para tanto, o conceito de gênero, nos é bastante caro. O gênero, conceito analítico, histórico e político, nos possibilita realizar uma leitura das construções sociais em torno do masculino e feminino, assim como das relações constituídas entre estes (SAFFIOTI, 2004). O conceito, ligado à segunda onda do movimento feminista, às suas lutas e história, possibilitou importantes questionamentos, teorizações, mudanças sociais

e políticas vinculadas à superação das desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres nas sociedades (LOURO, 2003). A noção de gênero desconstruirá ideias que justifiquem tais desigualdades a partir das diferenças biológicas sexuais existentes entre homens e mulheres.

Segundo Santos *et al.* (2016), no Brasil o conceito foi, desde o início dos seus usos, categoria fundamental na leitura das desigualdades e opressões sociais sofridas pelas mulheres. Portanto, tem se constituído como ferramenta importante na desnaturalização de tais opressões, evidenciando o caráter histórico e sociocultural dos papéis sociais e lugares determinados para homens e mulheres (CAMPOS, 2011). Através do conceito de gênero é possível

[...] demonstrar que não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico. Para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. (LOURO, 2003, p. 21).

Gayle Rubin (1993) situa na vida social o *locus* da opressão das mulheres e minorias. Segundo a autora, o sistema sexo-gênero se configura como um conjunto de arranjos no qual a sociedade molda, através da atividade humana instituída historicamente, o sexo biológico e a reprodução humana de uma forma convencional. Evidencia a autora que a opressão é produto das relações sociais e neste jogo, não somente mulheres são oprimidas, mas todos, por “termos de ser mulheres, ou homens, dependendo do caso” (p.22), uma vez que impõe sexualidades e papéis sexuais obrigatórios.

Deste modo, em contraponto à noção do determinismo biológico do sexo, o conceito de gênero explicitará o caráter histórico, cultural e simbólico das construções sociais em torno dos sexos. Ademais disto, analisará as designações das mulheres ligadas à natureza e à vida privada como resultantes das relações de poder (SANTOS *et al.*, 2016).

A expansão e fortalecimento do campo de estudos de gênero possibilitou a eclosão de uma diversidade teórica e metodológica acerca das construções sobre a categoria, tendo a heterogeneidade como uma característica marcante. De acordo com Santos *et al.* (2016, p.589), “essa heterogeneidade marca tensões importantes para o campo – necessárias tanto para o debate teórico quanto para o político, mas aponta também para imprecisões e problemas dessa categoria”. Sobre as críticas, que surgem de forma mais contundente nos anos 1990, podemos destacar: o caráter universalizante de mulher, as oposições binárias entre masculino-feminino e entre natureza e cultura. Os sujeitos de tais críticas eram mulheres lésbicas, negras, latino-americanas, africanas, asiáticas, mulçumanas, trabalhadoras rurais, imigrantes que anunciam a necessidade de evocar as múltiplas opressões sofridas para além do sexismo (SANTOS *et al.*,

2016; CARNEIRO, 2003). Neste processo, reivindica-se que as diversidades de contextos históricos, culturais, socioeconômicos, étnico-raciais das mulheres fossem consideradas.

As contribuições de Carneiro (2003), nos trazem importantes reflexões para a análise das especificidades das mulheres rurais, pois a autora, em consonância com outros movimentos sociais brasileiros, denuncia que o movimento feminista esteve preso a padrões eurocêntricos e universalizantes de mulher. Segundo a autora, a consequência disto foi a incapacidade de reconhecimento das desigualdades e diferenças presentes entre as mulheres, o que provoca um silenciamento de “corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade” (CARNEIRO, 2003, p. 118). Entra neste bojo a vivência de mulheres pardas, negras, pobres, rurais, brasileiras, nordestinas, nortistas.

Deste modo, reivindicamos colocar a luta feminista aliada à outras lutas e questões sociais, o que complexifica a compreensão da dinâmica das opressões. Questionamos uma ideia universal de mulher, referenciada a partir do padrão de mulher branca, de classe média, europeia, heterossexual e urbana, assim como a “prescrição” de formas de emancipação ocorridas dentro do próprio movimento feminista (MAYORGA, 2014). Denunciamos que as opressões sofridas não são iguais para todas as mulheres. O que se fundamenta a urgência da noção de interseccionalidade, que possibilite uma leitura do sexismo em relação à outras formas de opressão.

De acordo com Mayorga (2014), a noção de interseccionalidade nos desafia a compreender como as diversas opressões se relacionam, produzindo um novo fenômeno, diferente da simples soma de determinados marcadores sociais, como gênero, classe social, raça, nacionalidade, e sim resultado das relações que se estabelecem entre eles. Estabelecer uma leitura interseccional

[..] não se trata de afirmar simplesmente a necessidade de trabalhar com a multiplicidade de diferenças que caracterizam as mulheres a partir de uma somatória de opressões. É muito importante compreender como essas diferenças se instituem como desigualdade e devem-se analisar quais sistemas as produzem e também como estão em interseção. Isso porque principalmente categorias como gênero, raça, classe e sexualidade se expressam, muitas vezes, através de antagonismos. (MAYORGA, 2014, p.228).

Segundo Hirata (2014), as origens das discussões sobre interseccionalidade estão nos trabalhos de Kimberlé Crenshaw, a partir das análises da autora das intersecções entre discriminação racial e discriminação de gênero, no qual reconhece um sistema de opressões que interagem, produzem e reproduzem desigualdades sociais. Kergoat (2010) nos alerta para o

desafio de tomar as múltiplas opressões de forma não hierarquizada e separada, postula que as relações entre classe, raça e gênero se dão em uma espiral, em uma realidade constantemente mutante. “Portanto, não se trata de fazer um tour de todas as relações sociais envolvidas, uma a uma, mas de enxergar os entrecruzamentos e as interpenetrações que formam um “nó” no seio de uma individualidade ou um grupo.” (KERGOAT, 2010, p.100).

Desta forma, ao nos propormos a analisar as implicações psicossociais da pobreza em mulheres moradoras de comunidades rurais, nos é apresentado o desafio de pensarmos as interseccionalidades, os diversos “nós”, que se estabelecem entre gênero, ruralidade e pobreza, de forma inseparável e não hierarquizada, nos modos de vida das mulheres nordestinas ou nortistas, pobres, moradoras de comunidades rurais. Sujeitos que carregam uma série de adjetivos que o posicionam em um determinado lugar social, produtor de experiências subjetivas e intersubjetivas.

Gomes, Nogueira e Toneli (2016) afirmam que os estudos que se propõe a estudar as questões de gênero em contextos rurais vêm tomando força nas últimas décadas e que demandam um enfoque interseccional.

Torna-se essencial levar em conta as questões socioculturais e elementos como classe, raça/etnia e renda, além de saúde, corpo e sexualidades. Ao retratar dimensões singulares e locais da vida das mulheres, rompe-se com a ideia de que seja possível universalizar as discussões, uma vez que as dimensões socioculturais são fundamentais para a compreensão das dinâmicas que transversalizam as discussões. As relações familiares e de trabalho constituem pontos de convergência das discussões, pois estão presentes em grande parte do tempo e das atividades de vida diária. (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016, p. 122).

As interseccionalidades nos levam a refletir sobre a expressão da pobreza entre mulheres rurais, assim como fatores relacionados a sua produção. De acordo com o CEPAL (2016), na América Latina a redução da pobreza e o aumento do Produto Interno Bruto (PIB), vividos no período de 2005 a 2014, beneficiaram de forma diferente homens e mulheres, pois houve uma maior representação de mulheres nos lares em condições de pobreza e um crescimento no índice de feminilidade¹⁷ da pobreza nos lares pobres e indigentes. Segundo dados da instituição, na grande maioria dos países da América Latina e Caribe observou-se, no período mencionado, uma queda nos indicadores de pobreza, contudo ocorreu também um aumento nos índices de feminilidade da pobreza. No Brasil, no período citado, o índice de feminilidade cresceu de 105,2 para 115,2 (CEPAL, 2016).

¹⁷ Índice de Feminilidade: indicador é interpretado como o número de mulheres pobres por 100 homens pobres. A instituição considera homens e mulheres em idade de 20 a 59 anos. (CEPAL, 2016)

A análise dos dados da PNAD, realizada pelo IBGE, sob o viés de gênero, evidencia que mulheres negras/pardas, assim como as residentes das áreas rurais e/ou do Nordeste do país, historicamente apresentam piores indicadores sociais, em comparação às mulheres brancas e ou moradoras do contexto urbano ou na região Sudeste (IBGE, 2014). Considerando a distribuição da pobreza em relação a diferenças de gênero, raça e configuração familiar, 64,4% mulheres pardas ou negras sem cônjuge com filhos até 14 anos estão em condição de pobreza, sendo o grupo mais vulnerável. Este grupo também é o que está com mais restrições à proteção social (46,1%) e à moradia adequada (28,5%) (IBGE, 2018b). Evidenciando os marcadores cor/raça e lugar de moradia na expressão da pobreza entre as mulheres.

Soares *et al.* (2016, p. 11), nos alertam que, considerando os contextos Norte e Nordeste rurais, “a queda nos níveis de extrema pobreza foi muito mais forte para a população como um todo que para os domicílios chefiados por mulheres”. Tal pesquisa aponta que até o ano de 2006, no país, não havia diferença nos níveis de extrema pobreza entre os domicílios chefiados por mulheres e os demais. Entretanto, a partir de 2007, no Brasil e no Norte rural, os domicílios chefiados por mulheres começaram a apresentar piores indicadores, levando os pesquisadores a falar em feminização (de acordo com o chefe de domicílio) da extrema pobreza. Fato não observado no Nordeste.

Um olhar para a pobreza atento às desigualdades de gênero, compreenderá que as mulheres pobres, necessitam não apenas de renda, “mas de meios in natura/serviços para ampliar sua autonomia no âmbito das relações sociais de gênero e expandir suas posições no mercado de trabalho, superando iniquidades de toda sorte” (LAVINAS; NICOLL, 2006, p.41). Portanto, há que se considerar que o enfrentamento da pobreza entre mulheres, exige que se diminuam as desigualdades sofridas também em função do gênero.

Como apontado anteriormente, através dos estudos de Camarano e Fernandes (2015), outra característica da pobreza nos arranjos familiares é a monoparentalidade com chefia feminina. Para Campos (2011), a causa da pobreza nas famílias monoparentais chefiada por mulheres, não se restringe à presença de uma única pessoa provedora, mas principalmente à vulnerabilidade e precariedade da inserção feminina no contexto laboral. Tal inserção feminina, no Brasil, é caracterizada por ocorrer em “ocupações precárias, de baixa qualificação, pouco formalizadas e predominantemente no setor de serviços como, por exemplo, o trabalho doméstico” (IBGE, 2014, s/p).

Desta forma, ser homem ou ser mulher terá impactos diferentes de vulnerabilização às situações de privação, assim como uma vivência diversa da pobreza em função dos papéis sociais que exercem em uma dada sociedade. A divisão sexual do trabalho, que na sua

configuração atual ainda atribui principalmente a responsabilidade com o espaço doméstico às mulheres, produz efeitos nas capacidades destas de disporem do seu tempo, uma vez que elas geralmente dedicam uma grande parcela de suas vidas no cuidado do lar e de outras pessoas (CEPAL, 2015). No panorama nacional, de acordo com pesquisa realizada pelo IPEA (2011), quanto maior a quantidade de filhos menor a participação dos homens nos afazeres domésticos. De acordo com a pesquisa, nos domicílios com cinco filhos ou mais, são apenas 38,8% dos homens, para 95,7% das mulheres cuidando destes afazeres. Tal realidade se complica quando olhamos para o contexto rural, no qual apenas 34,3% dos homens com cinco filhos moradores da zona rural realizam trabalho doméstico, enquanto 42,2% dos homens da zona urbana o fazem.

Segundo Campos (2011, p.40), “o uso do tempo para realização de atividades voltadas para o cuidado com a família e com o lar, segue sendo ‘coisa de mulher’. Além da sobrecarga imposta pela intensa jornada de trabalho às mulheres, há uma desvalorização e não reconhecimento do trabalho doméstico como capaz de gerar riqueza, bens ou serviços. O trabalho de cuidado com o lar, com a alimentação, com as crianças, com os idosos, tradicionalmente realizado por mulheres, acaba por ser invisibilizado e não incorporado na esfera econômica. Considerando a realidade do contexto rural, a problemática se intensifica

Um dos fatores de invisibilização do trabalho das mulheres rurais é que nas estatísticas oficiais não se indaga o trabalho das que participam em propriedades familiares como trabalhadoras sem remuneração ou produtoras para o autoconsumo, devido à complexidade de captar essa atividade econômica e de distingui-la das tarefas do lar, motivo pelo qual não se classifica como trabalho dentro da fronteira de produção. (CEPAL, 2016, p. 44).

De acordo com Faria (2009), no mundo capitalista, as esferas mercantil e salarial dependem do trabalho doméstico e dos bens e serviços por ele produzidos, “a produção mercantil não é autônoma e depende do trabalho não-remunerado nos lares” (p.17). Para a autora, tradicionalmente há pela economia uma leitura androcêntrica que invisibiliza e desconsidera a contribuição econômica da esfera doméstica. Para Melo (2005), o tema da invisibilidade é uma das mais antigas reivindicações feministas e refere-se à busca por uma nova interpretação do trabalho doméstico no debate da economia, diferente da sua consideração ao âmbito da ajuda/complementação.

Ao problematizarmos tais questões vividas pelas mulheres pobres, cabe indagarmos se, e em que medida, as estratégias de enfrentamento à pobreza instituídas pelo Estado têm contribuído para superação das iniquidades sociais existentes entre homens e mulheres. No que concerne a relação entre mulheres e Estado, algumas pesquisas nos permitem analisar a

qualidade e efeitos desta relação. Em função da prevalência da titularidade do Programa Bolsa Família (PBF) às mulheres, muitas pesquisas foram realizadas visando avaliar os efeitos do acesso a política de transferência de renda para estas.

Tais estudos revelam que o programa tem possibilitado alguns resultados positivos, a saber: o fortalecimento da autoestima, o autorespeito e a reconstrução dos vínculos sociais, além da ampliação no acesso a bens e serviços (SANTOS, 2004); queda nas taxas de fecundidade entre as beneficiárias do programa (SIMÕES, 2011); e maior rejeição a trabalhos desvalorizados e sub-remunerados por parte das mulheres titulares, em paralelo a uma maior procura por trabalhos formais (BAGOLIN; SOUZA; COMIM, 2012).

Segundo Rêgo e Pinzani (2013), a renda e a titularidade atribuída à mulher, a possibilidade de gestão do dinheiro, possibilitou às mulheres maior programação sobre suas vidas, autonomia, sentimento de liberdade, diminuição da angústia e maior aquisição de bens primários para a família. Para os autores, o acesso a renda permitiu maior segurança em relação a possibilidade gerir alimentação para a família e seu impacto tem repercussões materiais e psicológicas. Entretanto, no que concerne às relações de poder entre homens e mulheres, Rêgo e Pinzani (2013) avaliam que as possibilidades morais de libertação da opressão conjugal ainda são raras nas regiões pobres do Brasil, atribuem a isto os rígidos controles familiares que atuam sobre as mulheres. Tal fato, nos leva a perceber as limitações do alcance do programa no que tange às relações de poder assimétricas entre homens e mulheres, assim como a desconsideração destas no enfrentamento à pobreza.

Uma questão importante para a discussão da problemática no contexto rural diz respeito ao histórico não acesso à propriedade da terra, assim como ao financiamento para a produção agrícola. No que tange a tal questão, no Brasil ocorreram melhorias devido um conjunto de políticas públicas que possibilitaram importantes mudanças, permitindo às mulheres: “documentação de trabalhadora rural, assistência técnica direcionada, maior envolvimento das mulheres na comercialização, microcrédito, emprego com registro, acesso das mulheres à terra” (ONU, 2016, p. 18). Em relação à questão da posse da terra em nosso país, em um período de 10 anos (2003 a 2013), o número de mulheres donas de terra subiu de 24% para 72%.

Deste modo, podemos constatar que avanços ocorreram no país no que se relaciona ao enfrentamento da pobreza e da extrema pobreza, inclusive entre as mulheres. Entretanto, é possível constatar que ainda existem muitas limitações relacionadas à superação das opressões vivadas pelas mulheres, em função das históricas desiguais relações entre homens e mulheres. Estas ainda apresentam menor renda, menor poder sobre a gestão do seu tempo e se inserem de

forma mais precarizada no mundo do trabalho. O trabalho doméstico segue sendo invisibilizado e uma prática eminentemente feminina. No contexto da pobreza rural, tais questões se intensificam.

As informações apresentadas têm evidenciado que o gênero, nas suas intersecções com a classe social, cor/raça e lugar/região de moradia, é um importante elemento a ser considerando na leitura de fenômenos psicossociais. Para Martín-Baró (1998), o social é o caráter fundamental do humano, que se constitui primeiramente e sobretudo, pela localização deste na rede de relações estruturais de uma determinada sociedade. Destaca-se desta forma, que na compreensão dos fenômenos humanos devemos considerar o lugar social que os sujeitos ocupam na trama das relações sociais, assim como a forma particular que cada um estabelece com o social. Portanto, o lugar social que o sujeito ocupa em uma determinada sociedade e as significações atribuídas a este terão impactos diretos nos processos de constituição de sua subjetividade. Deste modo, ser homem, mulher, morador do contexto rural, do contexto urbano, nordestino, sulista, nortista, negro, pardo, branco, índio, mestiço, rico, pobre, produz efeitos nos processos de subjetivação.

3.4 A pobreza multidimensional e sua expressão na vida de homens e mulheres rurais de Pentecoste (CE) e Humaitá (AM)

Neste momento, serão apresentados alguns resultados de análises estatísticas de variáveis que perpassam a constituição da pobreza em homens e mulheres rurais, o que permitirá que conheçamos os perfis de homens e mulheres nos municípios pesquisados. Assim como dados das variáveis, Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) e suas dimensões saúde, educação, trabalho e renda, habitação e aspectos subjetivos da pobreza, entre outras.

3.4.1 Quem são e como vivem os Homens e Mulheres nos municípios pesquisados

Participaram do estudo 245 homens (113 em Pentecoste e 132 em Humaitá) e 511 mulheres (272 em Pentecoste e 239 em Humaitá). Tal discrepância da quantidade de participantes no estudo entre homens e mulheres, diz de uma aparente maior disponibilidade das mulheres em participar de tal atividade, assim como de uma maior presença delas no lar (local onde prioritariamente foi realizada a aplicação dos questionários). A análise do *Qui q Quadrado* revela que discrepância entre homens e mulheres é significativa ($\chi^2(1) =$

93,593, $p = 0,00$). A Tabela 8 (que segue) apresenta de forma detalhada as diferenças entre homens e mulheres nos dois municípios estudados. Cabe destacarmos que a grande maioria dos participantes era da cor parda, tanto homens como mulheres. Em Humaitá, a população masculina e feminina na sua maioria era jovem e tinha 12 anos ou mais de estudos (36,8% homens e 41,1% mulheres) e a renda pessoal era de ½ a 1 SM (34,7% homens e 36,6% mulheres) e não trabalham (33,1% homens e 60,7% mulheres). Em Pentecoste, a população era adulta (56,6% mulheres e 58,4% homens), as mulheres (41,9%) apresentavam renda de até ¼ de SM, menor que a dos homens (62,4% renda de 1/2 a 1 SM). Entre as mulheres de Pentecoste, há um maior desemprego (60,4%) em comparação dos homens (27,7%), apesar de o público feminino apresentar melhores indicadores de anos de estudo. O *Teste Qui Quadrado* aponta uma associação entre situação laboral e gênero ($\chi^2(3) = 69,737, p = 0,00$).

Tabela 08- Perfil de Homens e Mulheres participantes da pesquisa nos municípios de Pentecoste e Humaitá

Variável	Pentecoste				Humaitá			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	% Válida	N	% Válida	N	% Válida	N	% Válida
Cor								
<i>Branca</i>	24	21,2	48	17,6	24	18,3	36	17,60
<i>Preta</i>	3	2,7	14	5,1	10	7,6	10	5,10
<i>Parda/morena</i>	82	72,6	198	72,8	90	68,2	181	72,80
<i>Indígena</i>	1	0,9	0	0,00	4	3,1	05	2,10
<i>Amarela</i>	3	2,7	12	4,40	3	2,3	06	2,50
Idade								
<i>Jovem</i>	15	13,3	76	27,9	59	45,4	120	51,7
<i>Adulto</i>	66	58,4	154	56,6	49	37,7	91	39,2
<i>Idoso</i>	32	28,3	42	15,4	22	16,9	21	9,1
Estado Civil								
<i>Solteiro(a)</i>	23	20,5	40	14,7	67	51,1	104	43,50
<i>Casado(a)/mora com um (a) companheiro(a)</i>	73	65,2	203	74,6	51	38,9	119	50,00
<i>Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)</i>	10	8,9	15	5,5	8	6,1	07	2,9
<i>Viúvo(a)</i>	6	5,4	14	5,1	5	3,8	08	3,4
Renda Pessoal								
<i>0 a ¼ de SM</i>	20	18,0	112	41,9	12	9,7	57	29,8
<i>Maior ¼ até ½ SM</i>	15	13,5	41	15,4	22	17,7	32	16,8
<i>Maior 1/2 até 1 SM</i>	56	50,5	82	30,7	43	34,7	70	36,6
<i>Maior 1 até 1 e 1/2 SM</i>	5	4,5	13	4,9	13	10,5	12	6,3
<i>Maior 1 e 1/2 SM</i>	15	13,5	19	7,1	34	27,4	20	10,5
Escolaridade								
<i>Nunca frequentou</i>	13	15,2	15	5,5	19	15,2	19	8,5

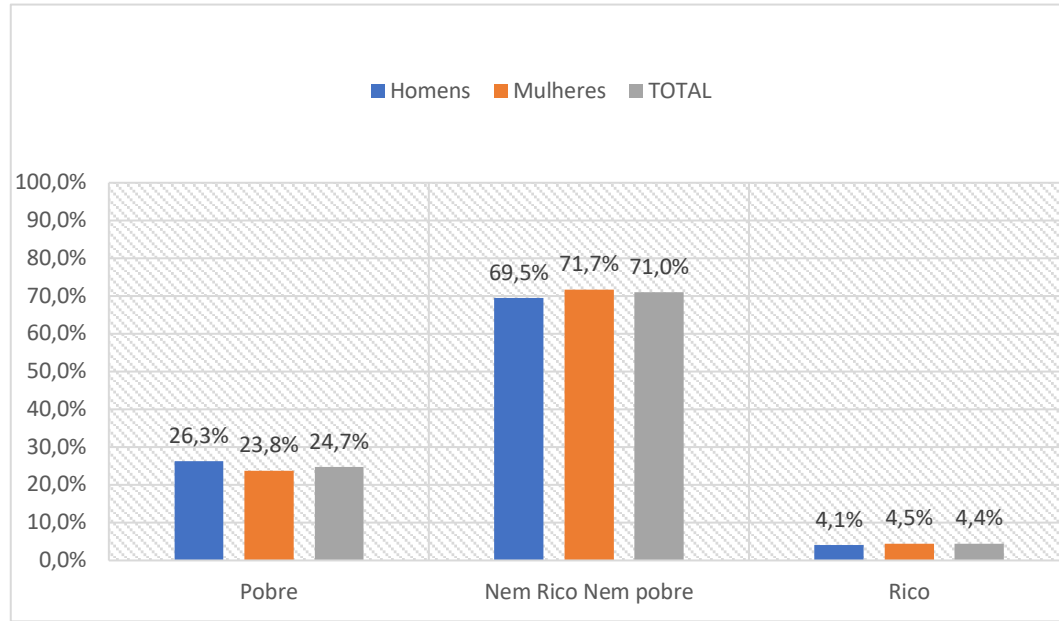
<i>Até 5 anos (ensino fundamental incompleto)</i>	54	47,8	91	33,5	25	20,0	50	22,3
<i>De 6 a 9 anos (ensino fundamental completo ou incompleto)</i>	16	14,2	54	19,9	22	17,6	38	17,0
<i>De 10 a 11 anos (ensino médio incompleto)</i>	5	5,3	29	10,7	13	10,4	25	11,2
<i>De 12 anos ou mais (ensino médio completo ou ensino superior)</i>	24	21,2	83	30,5	46	36,8	92	41,1
Principal motivo de parar de estudar								
<i>Não parou</i>	8	7,1	41	15,2	42	33,1	88	37,9
<i>Arranjar emprego</i>	54	48,2	49	18,2	48	37,8	29	12,5
<i>Necessidade de cuidar da casa</i>	7	6,2	79	29,4	14	11,0	62	26,7
<i>Dificuldade para chegar até a escola</i>	9	8,0	41	15,2	6	4,7	08	3,4
<i>Falta de recursos financeiros</i>	7	6,3	20	7,4	2	1,6	10	4,3
<i>Falta de interesse</i>	21	18,8	25	9,3	6	4,7	08	3,4
<i>Reprovação ou dificuldade aprendizagem</i>	2	1,8	04	1,5	0	0,0	03	1,3
<i>NRA</i>	4	3,6	10	3,7	9	7,1	24	10,3
Situação Laboral								
<i>Não trabalha</i>	31	27,7	162	60,4	43	33,1	142	60,7
<i>Faço bico</i>	37	33,0	46	17,2	43	33,1	37	15,8
<i>Trabalha sem carteira assinada</i>	6	5,4	17	6,30	9	6,8	24	10,3
<i>Trabalha com carteira assinada/contrato de trabalho</i>	38	33,9	43	16,00	35	26,9	31	13,2
Religião								
<i>Católica</i>	99	88,4	224	82,4	70	53,4	135	57,2
<i>Protestante ou evangélica</i>	9	8,0	44	16,2	48	36,6	89	37,7
<i>Espirita</i>	-	-	-	-	1	0,8	1	0,4
<i>Sem religião</i>	4	3,5	04	1,5	9	6,9	7	3,0
<i>Outra</i>	-	-	-	-	3	2,3	4	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

No que se refere a motivo por que parou de estudar, homens e mulheres se comportam de forma diferente em suas respostas. O teste do *Qui Quadrado* revela uma associação significativa entre a variável gênero e a variável em questão ($\chi^2(7) = 87,262, p = 0,00$). Observamos que nos dois municípios a maioria dos homens destacam a “*necessidade de arranjar um emprego*” como a principal causa de parar os estudos (Humaitá: 37,8%; Pentecoste: 48,2%), enquanto que as mulheres, igualmente nos dois municípios atribuem a “*Necessidade de cuidar da casa*” (Humaitá: 29,4%; Pentecoste: 26,7%).

No que se relaciona à autopercepção de pobreza, através do Gráfico 1, podemos observar que a maioria dos sujeitos se percebe como “*nem rico nem pobre*” (71%, N=538), seguido de “*pobre*” (24,7%, N=187) e de “*rico*” (4,4%, N=33).

Gráfico 1: Autopercepção da Pobreza



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao recebimento de benefícios sociais, as mulheres participantes relataram que possuem na família alguém que recebe: Programa Bolsa Família (Pentecoste 54,6% e Humaitá 51,5%), Benefício de Prestação Continuada (Pentecoste 11,2% e Humaitá 21,1%), Garantia Safra (Pentecoste 23,2% e Humaitá 0,5%) e Seguro Defeso (Pentecoste 0,8% e Humaitá 2,3%). Já os homens relataram que na família alguém que recebe: Bolsa Família (Pentecoste 37,5% e Humaitá 41,7%), Benefício de Prestação Continuada (Pentecoste 18% e Humaitá 25,2%), Seguro Safra (Pentecoste 31,9% e Humaitá 0,8%), Seguro Defeso (apenas em Humaitá 6,5%). A pesquisa investigou também o recebimento do Bolsa Verde, entretanto menos de 3% dos participantes, de ambos os sexos, revelaram ter alguém na família que recebia.

A Tabela 9 apresenta aspectos relevantes para a compreensão dos contextos familiares. Em relação à renda *per capita familiar* nos dois municípios, a maioria das mulheres apresentam os menores rendimentos, entre 0 e $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, fato também observado entre os homens de Humaitá. Já os homens de Pentecoste relatam uma renda familiar um pouco mais alta (apesar de ainda ser baixa) de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. A análise do Test *t* para amostras

independentes revela que a diferença da renda *per capita* familiar entre homens e mulheres, na amostra estudada, é significativa ($t(679) = 4,24, p = 0,00$).

Em relação à análise das relações de poder e papéis sociais, em Pentecoste a maioria tanto de homens (54%) quanto de mulheres (48,3%) afirma que no lar o poder de decisão/mando é compartilhado entre homens e mulheres. Em Humaitá, a maioria das mulheres diz que o maior poder está entre as mulheres (39,1%) ou entre ambos os sexos (39,1%). Entretanto, neste contexto, a maioria dos homens (45,8%) atribui ao sexo masculino o maior poder de mando e decisão no lar. Em relação à realização das atividades domésticas, as mulheres seguem sendo as responsáveis por esta função, apenas em Humaitá, os homens relatam que a atividade é compartilhada. Assim como a função de realização das atividades domésticas se apresenta como responsabilidade das mulheres, os homens são identificados como os principais responsáveis por prover recursos financeiros para o lar, fato observado entre a maioria dos homens e mulheres nos dois municípios (Ver Tabela 09). A análise do *Qui Quadrado* revela que a associação entre o gênero e quem realiza as atividades domésticas é significativa ($\chi^2(6) = 111,425, p = 0,00$). Assim como há associação do gênero com poder de decisão e mando na família ($\chi^2(3) = 51,932, p = 0,00$) e atribuição do responsável por prover o dinheiro para pagar as contas de casa ($\chi^2(2) = 27,694, p = 0,00$).

Tabela 09 - Contextos familiares

Variável	Pentecoste				Humaitá			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maior poder de decisão no lar								
<i>Homens</i>	39	34,5	56	20,7	60	45,8	52	21,8
<i>Mulheres</i>	13	11,5	83	30,6	18	13,7	93	39,1
<i>Homens e Mulheres</i>	61	54,0	131	48,3	53	40,5	93	39,1
Quem realiza as atividades domésticas?								
<i>Homens e Mulheres</i>	23	20,4	33	12,2	61	46,9	67	28,00
<i>Homens, mulheres e crianças</i>	2	1,8	11	4,1	08	6,2	16	6,70
<i>Mulheres e Crianças</i>	5	4,4	18	6,6	03	2,3	13	5,40
<i>Apenas Mulheres</i>	68	60,2	207	76,4	32	24,6	140	58,60
<i>Apenas Homens</i>	15	13,3	2	0,7	25	19,2	1	0,40
<i>Apenas crianças</i>	-	-	-	-	-	-	1	0,40
Quem é o principal responsável pelo dinheiro para o pagamento das contas?								
<i>Homens</i>	51	45,1	85	31,3	72	55,0	89	37,2
<i>Mulheres</i>	25	22,1	85	31,3	9	6,90	66	27,6
<i>Dividido entre Homens e Mulheres</i>	37	32,7	102	37,5	50	38,2	84	35,1
Renda Per Capita Familiar								
<i>0 a ¼ de SM</i>	26	23,9	112	43,2	37	33,6	88	43,3
<i>Maior ¼ até ½ SM</i>	42	38,5	86	33,2	25	22,7	58	28,6
<i>Maior 1/2 até 1 SM</i>	32	29,4	46	17,8	21	19,1	40	19,7

<i>Maior 1 até 1 e ½ SM</i>	4	3,7	4	1,5	2	1,8	4	2,00
<i>Maior 1 e 1/2 SM</i>	5	4,6	11	4,2	25	22,7	13	6,4
Número de pessoas na unidade familiar								
<i>1 pessoa</i>	17	15,1	32	11,8	13	10,3	55	23,6
<i>2 a 3 pessoas</i>	56	49,5	113	41,5	43	34,1	81	34,8
<i>4 a 5 pessoas</i>	30	26,6	74	27,2	32	25,4	62	26,6
<i>6 ou mais pessoas</i>	10	8,9	53	19,5	38	30,2	35	15,0
Número de Filhos								
<i>Nenhum</i>	27	23,9	32	11,8	43	35,2	55	23,6
<i>1 a 2</i>	41	36,3	113	41,5	35	28,7	81	34,8
<i>3 a 5</i>	25	22,1	74	27,2	22	18,0	62	26,6
<i>6 ou mais</i>	20	17,7	53	19,5	22	18,0	35	15,0

Fonte: Elaborado pela autora

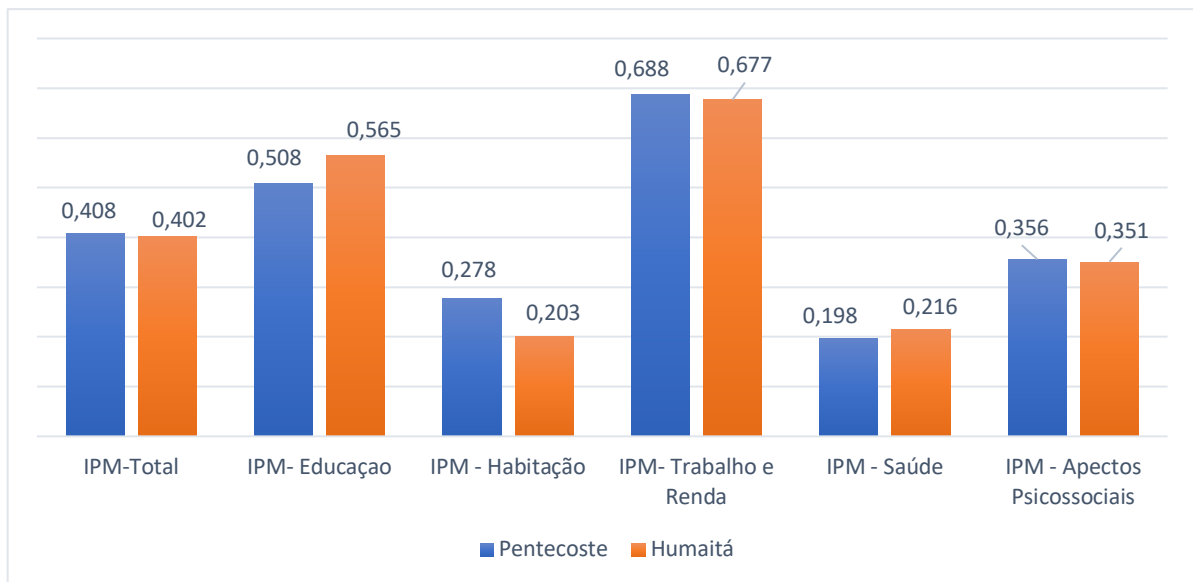
No que se refere ao tamanho das famílias estudadas, a maioria diz viver em uma casa com 2 a 3 pessoas. Em relação aos filhos a maioria dos homens tem filhos, 64,7% (N=79) em Humaitá e 76,1% (N=86) em Pentecoste. Para as mulheres a situação assemelha-se, 88,2% (N=240) em Pentecoste e 76,4% (N=178) em Humaitá. A quantidade de filhos mais mencionada em toda a amostra, por homens e mulheres, é de 1 a 2.

3.4.2 Índice de Pobreza Multidimensional entre Homens e Mulheres

Em relação aos resultados do Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)¹⁸ nos dois municípios estudados, o Gráfico 2 apresentam os valores das médias do IPM-Total e das suas dimensões (educação, trabalho e renda, saúde, habitação e aspectos psicossociais da pobreza) para cada município.

¹⁸ Conforme apresentado no Capítulo Percurso Metodológico, a pontuação do IPM varia entre um intervalo de 0 a 1, no qual 0 se aproxima de não Pobre e 1 se aproxima de pobre ou seja, quanto mais próximo de 1, mais pobre o sujeito será.

Gráfico 02- Comparação das médias do Índice de Pobreza Multidimensional e suas dimensões entre Pentecoste e Humaitá



Fonte: Elaborada pela autora

Podemos perceber, ao considerar a amostra total, que os resultados se apresentam de forma semelhante nos dois municípios (Tabela 10). O *Teste t* para amostras independentes para as variáveis IPM e suas dimensões em função da cidade é significativa apenas entre a comparação das dimensões IPM Habitação ($t(701)=7,11, p<0,05$) e IPM Educação ($t(719)=-3,011, p<0,05$).

Tabela 10: Comparação das médias do Índice de Pobreza Multidimensional e suas dimensões entre Pentecoste (CE) e Humaitá (AM)

	Cidade	N	Média	Desvio Padrão
IPM Total	Pentecoste	174	0,408	0,107
	Humaitá	211	0,402	0,118
IPM Educação	Pentecoste	371	0,508	0,241
	Humaitá	350	0,565	0,272
IPM Habitação	Pentecoste	362	0,278	0,136
	Humaitá	341	0,203	0,145
IPM Trabalho e Renda	Pentecoste	365	0,688	0,256
	Humaitá	312	0,677	0,276
IPM Saúde	Pentecoste	367	0,198	0,181
	Humaitá	348	0,216	0,170
IPM Aspectos Psicossociais	Pentecoste	196	0,356	0,144
	Humaitá	281	0,351	0,144

Fonte: Elaborada pela Autora.

Ao considerarmos as diferenças em função do gênero para a amostra total IPM Total são significativas ($t(383)=-3,717, p<0,05$), apresentando as mulheres piores indicadores de pobreza ($M=0,419$; $DP=0,110$), em comparação aos homens ($M=0,373$; $DP=0,114$). Quando

comparamos os dois municípios (Tabela 11), verificamos que nos dois cenários as mulheres apresentam maiores médias de IPM-Total, tanto em Pentecoste (M=0,421; DP= 0,107) quanto em Humaitá (M=0,417; DP=0,113), quando comparadas aos homens dos respectivos municípios (Pentecoste: M=0,370; DP=0,097; Humaitá: M=0,375; DP=0,123). As mulheres também apresentam os piores indicadores nas dimensões IPM-Trabalho e Renda (Humaitá: M=0,727; DP=0,262 e Pentecoste: M=0,732; DP=0,256) e IPM-Aspectos Psicossociais (Humaitá: M=0,368; DP=0,143 e Pentecoste: M=0,372; DP=0,142). O teste *t* para amostras independentes demonstra que as tais diferenças são significativas para o IPM-Trabalho e Renda em Pentecoste ($t(362)=-5,366, p=0,00$), e Humaitá ($t(307)=-4,280, p=0,00$); assim como para o IPM Aspectos Psicossociais em Pentecoste ($t(194)=-2,586, p<0,05$) e em Humaitá ($t(279)=-2,7, p<0,05$). Em síntese, pode-se dizer que as mulheres nos dois municípios apresentam maior privação em relação aos aspectos psicossociais da pobreza, ao trabalho e renda e em relação à pobreza multidimensional total.

Tabela 11 - Comparação do Índice de Pobreza Multidimensional de Homens e Mulheres

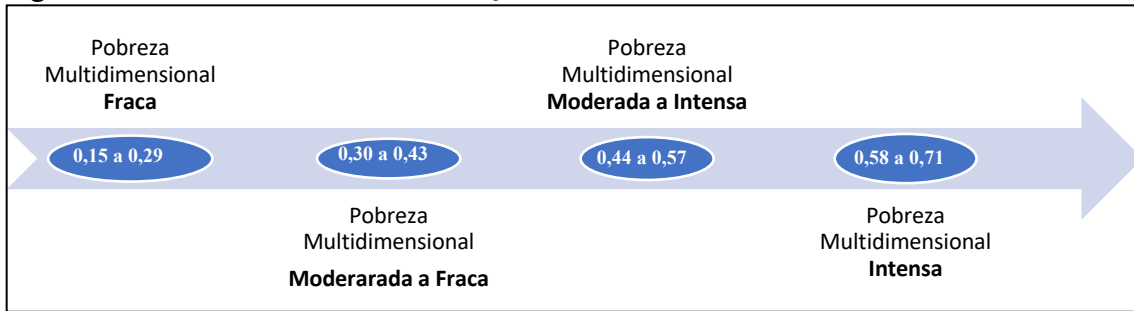
	Homem		Mulher	
	Pentecoste	Humaitá	Pentecoste	Humaitá
IPM Total	0,3702	0,3755	0,4214	0,4174
IPM Educação	0,5069	0,5720	0,5091	0,5673
IPM Habitação	0,3029	0,2203	0,2678	0,1945
IPM Trabalho e Renda	0,5801	0,5898	0,7324	0,7272
IPM Saúde	0,2055	0,2302	0,1962	0,2089
IPM Aspectos Psicossociais	0,3135	0,3198	0,3725	0,3682

Fonte: Elaborada pela autora

Considerando os resultados do IPM-Total dos sujeitos da amostra total, os valores mais baixos e altos foram 0,15 e 0,71, no qual o primeiro está em menor pobreza multidimensional total e o segundo em maior pobreza multidimensional. Dividindo tais valores em quartis de pobreza (Figura 3)¹⁹. Desse modo, classificamos de pobreza multidimensional fraca os sujeitos que pontuam de 0,15 a 0,29; pobreza multidimensional moderada a fraca de 0,30 a 0,43; de pobreza multidimensional moderada a intensa de 0,44 a 0,57 e de pobreza multidimensional intensa 0,58 a 0,71.

¹⁹ Para gerar os quartis de pobreza, consideramos o intervalo 0,15 a 0,71 e o dividimos em quatro faixas iguais. O que resulta nos intervalos apresentados: 0,15 a 0,29; 0,30 a 0,43; 0,44 a 0,57; e 0,58 a 0,71.

Figura 3 - Divisão do IPM-Total em Quartis



Fonte: Elaborado pela autora

Ao considerarmos de forma separada os homens e as mulheres participantes, estes se situam nos seguintes padrões de pobreza multidimensional (Tabela 12): 41,9% (N=111) das mulheres se situam em pobreza multidimensional moderada a intensa e intensa, e em uma proporção menor, de 27,5% (N=33), os homens se situam neste perfil de pobreza.

Tabela 12- Divisão de Homens e Mulheres nos Quatis de Pobreza Multidimensional

	Pobreza Multidimensional	N	% Válida
Homens	<i>Fraca</i>	29	24,2
	<i>Moderada a Fraca</i>	58	48,3
	<i>Moderada a Intensa</i>	27	22,5
	<i>Intensa</i>	6	5,0
	<i>Total</i>	120	100,0
Mulheres	<i>Fraca</i>	28	10,6
	<i>Moderada a Fraca</i>	126	47,5
	<i>Moderada a Intensa</i>	87	32,8
	<i>Intensa</i>	24	9,1
	<i>Total</i>	265	100,0

Fonte: Elaborada pela autora

A comparação entre as médias do IPM-Total, para homens e mulheres, nos dois municípios em função do estado civil, observa-se que em Humaitá e em Pentecoste as mulheres viúvas apresentam os maiores índices de privação (Tabela 13). Em relação aos homens, os separados apresentam piores indicadores de IPM-Total. Considerando a ANOVA do IPM-Total em função dos nº de filhos, a diferença será significativa apenas entre as mulheres de Pentecoste ($F(3,126)= 3,45, p<0,05$), a análise de *Test Post hoc Bonferroni* indica que a diferença é significativa apenas entre mulheres sem filhos e as com 6 ou mais filhos ($p=0,01$). Para as mulheres de Humaitá e homens a ANOVA revelou que a diferença não é significativa.

Tabela 13 – Índice de Pobreza Multidimensional Total em função do estado civil e número de filhos

Cidade	Variável	Mulheres			Homens		
		Média	DP	N	Média	DP	N
Estado Civil							
Pentecoste	<i>Solteiro(a)</i>	0,404	0,082	15	0,407	0,584	9
	<i>Casado (a)/mora com companheiro(a)</i>	0,421	0,107	99	0,347	0,917	27
	<i>Separado(a) ou divorciado(a)</i>	0,426	0,155	10	0,443	0,147	5
	<i>Viúvo(a)</i>	0,449	0,103	6	0,339	0,979	3
Humaitá	<i>Solteiro(a)</i>	0,407	0,118	43	0,358	0,819	36
	<i>Casado (a)/mora com companheiro(a)</i>	0,428	0,112	67	0,381	0,148	25
	<i>Separado(a) ou divorciado(a)</i>	0,342	0,072	5	0,493	0,220	2
	<i>Viúvo(a)</i>	0,443	0,119	3	0,430	0,202	3
Nº de Filhos							
Pentecoste	<i>Nenhum</i>	0,343	0,084	11	0,370	0,071	13
	<i>1 a 2</i>	0,413	0,100	57	0,375	0,112	17
	<i>3 a 5</i>	0,435	0,109	36	0,395	0,086	8
	<i>6 ou mais</i>	0,461	0,094	26	0,397	0,112	6
Humaitá	<i>Nenhum</i>	0,403	0,111	26	0,375	0,087	24
	<i>1 a 2</i>	0,435	0,096	42	0,350	0,128	23
	<i>3 a 5</i>	0,408	0,117	29	0,414	0,106	8
	<i>6 ou mais</i>	0,439	0,113	21	0,462	0,150	10

Fonte: Elaborado pela autora

A análise de variância do IPM-Total entre os sujeitos que tem filhos com até seis anos, revela que a diferença é significativa, na qual os sujeitos com um número maior de filhos com idade no referido período apresentarão maiores índices de pobreza multidimensional (observar Tabela 14). Quando realizamos a ANOVA apenas para homens a diferença não é significativa [$F(3,115)=0,862, p > 0,05$], mas ao considerarmos apenas mulheres tal diferença é significativa [$F(3,259)=4,903, p=0,00$].

Tabela 14 – Índice de Pobreza Multidimensional Total em função do número de filhos com até 6 anos

	Nº de filhos de 0 a 6 anos	N	Média IPM-TOTAL	Desvio Padrão
Amostra Total	0	225	0,384	0,111
	1	111	0,438	0,111
	2	32	0,398	0,097
	3	14	0,448	0,119
	4	2	0,553	0,085
	5	1	0,606	.
Masculino	0	83	0,362	0,111
	1	30	0,395	0,116
	2	3	0,419	0,123
	3	3	0,368	0,192
	4	1	0,492	.

	0	142	0,397	0,110
	1	81	0,453	0,106
	2	29	0,396	0,096
Feminino	3	11	0,470	0,092
	4	1	0,613	.
	5	1	0,606	.

Fonte: Elaborado pela autora

3.5 Distanciamentos e aproximações da expressão da pobreza em homens e mulheres

Os resultados apresentados nos permitem tecer algumas importantes considerações sobre a leitura multidimensional da pobreza e as especificidades de sua vivência para mulheres e homens no contexto rural, evidenciando que as mesmas se instituem de diferentes formas. Os resultados reforçam concepções de que as análises da pobreza não devem desprezar as especificidades de gênero existentes, tampouco desprezar as assimetrias existentes nos contextos familiares (CEPAL, 2016; OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA, 2005). Os resultados do IPM e suas dimensões possibilitam que observemos como a pobreza se institui de múltiplas dimensões, que se apresentam de diferentes formas em função dos grupos sujeitos que a vivem.

Apesar dos resultados apontarem um perfil das condições de vida da população caracterizada por baixos rendimentos, desemprego/trabalho e privações no campo da educação, a maioria dos sujeitos não se reconhecem como pobres. Isto nos leva a ampliar nossa compreensão da pobreza e perceber que esta se constitui de um plano não apenas material, mas também simbólico e moral (NEPOMUCENO, 2013; ACCORSI, 2011). Para os sujeitos, a pobreza está relacionada a também a aspectos simbólicos, não só materiais. Exemplos disso é compreender que é pobre quem: não tem fé em uma proteção divina, não tem um teto onde viver, não ter família, não se reconhece como alguém que tem autonomia e dignidade. Transpondo deste modo, uma simples leitura do fenômeno como a expressão de condicionantes no campo do trabalho, renda, educação e habitação.

A comparação dos indicadores de pobreza multidimensional entre as duas cidades pesquisadas, nos levam a problematizar que os contextos Norte e Nordeste brasileiros se comportam de forma muito semelhante em relação à pobreza total e às suas dimensões. Entretanto há diferenças significativas para IPM-Habitação, no qual Pentecoste apresenta piores condições, e IPM-Educação, no qual Humaitá apresenta maior privação. Em relação a esta última diferença, ela pode estar relacionada ao número significativo de sujeitos com baixa escolaridade, além da histórica privação o acesso a escola no contexto familiar (um dos itens

avalia isso). Os dados nos auxiliam a observar o histórico processo de exclusão escolar e, como destaca Gentili (2009), a inclusão escolar se processa na contramão de forças e tendências que historicamente se impõem aos mais pobres como negação do direito a educação. Ademais, compreendemos que além da inclusão da escola, é necessária uma melhoria da qualidade do ensino e ampliação da sua oferta nos diversos níveis de formação (fundamental, médio, técnico e superior).

As diferenças significativas dos resultados dos IPM entre homens e mulheres, no tocante ao IPM-Total, ao IPM-Trabalho e Renda e IPM-Aspectos Psicossociais, aliados aos maiores indicadores de desemprego e baixa renda entre as mulheres revelam as assimetrias existentes entre os sujeitos, evidenciando como as interseccionalidades entre gênero e pobreza colocam mulheres em uma condição de maior vulnerabilidade social, a partir de opressões que se entrelaçam e se potencializam.

Os dados se encontram com as afirmações de Campos (2011) de que mesmo nas classes oprimidas encontraremos desiguais condições de vida e assimetrias de poder entre os sujeitos, alicerçadas em diferentes formas de dominação presentes na sociedade, na qual a dominação de gênero é uma delas. Assim como confirma as considerações do Observatório da Cidadania de que “[...] a pobreza afeta homens, mulheres, meninos e meninas, porém essa experiência é vivida de forma diferente por pessoas de idades, etnias, papéis *[sic]* familiares e sexos distintos [...] as mulheres enfrentam condições desvantajosas, que acumulam e intensificam os já numerosos efeitos da pobreza” (2005, p. 27). Deste modo, as estratégias de enfrentamento empreendidas para a superação da pobreza não devem desconsiderar tais especificidades.

Os resultados das privações multidimensionais em relação a trabalho e renda de homens e mulheres são alarmantes, entretanto para estas a problemática se intensifica. Tal fato é extremamente preocupante devido a importância do trabalho para os sujeitos, em sua dimensão material, uma vez que é capaz de gerar renda, além de simbólica, geradora de reconhecimento e status social. Assim como a importância do acesso ao dinheiro na sociedade em que nos situamos.

Apesar de não se limitar à visão da pobreza como privação de renda, o enfoque multidimensional não a desconsidera. Pois entende que o dinheiro, em meio à sociedade capitalista, exerce importante função social, capaz de produzir impactos de ordem material e simbólica na vida dos sujeitos. Segundo Rêgo e Pinzani (2013, p.191), o acesso à “renda liberta a pessoa de relações privadas opressoras e de controles pessoais sobre sua intimidade, pois a

conforma em uma função social determinada, permitindo-lhe mais movimentação e, portanto, novas experiências”.

Deste modo, devemos tecer uma compreensão da pobreza, assim como do acesso ou não à renda de forma contextualizada em meio à sociedade capitalista. Atentando-nos para as forças sociais, culturais e históricas que a produzem, não a tomando como um fenômeno natural e imutável. Historicamente, a pobreza e as pessoas que vivem nesta condição têm ocupado lugares diversos, em consonância aos interesses e forças existentes no momento histórico em que o fenômeno se produz (ACCORSSI; SCARPARO; GUARESCHI, 2012).

O fato de mulheres estarem mais vulneráveis a privação de renda e trabalho, as situam em uma teia de vulnerabilidades que se imbricam e inter cruzam que limitam o exercício do poder e liberdade destas. O contexto de vida que podemos observar neste estudo, corrobora com a concepção de que *“las desigualdades de género dan lugar a un complejo sistema de interacciones que provoca una acumulación de desventajas para las mujeres, que las expone y las hace más vulnerables a condiciones de privación y pobreza.”* (SALLES; TUIRÁN, 1999, p.447).

Em relação ao desemprego, Fontoura, Lima Jr. e Churfem (2015) apontam que os marcadores raça e gênero influem de forma considerável nos indicadores. De acordo com os autores entre 2013 e 2014, o desemprego se expressou da seguinte forma entre: mulheres negras/pardas 35,1%, os homens negros/pardos 25,2%, as mulheres brancas 20,5% e os homens brancos 19,06%. Mulheres negras/pardas também apresentam os piores indicadores em relação ao rendimento médio do trabalho, recebendo em média um salário de R\$945,9, ao passo que homens negros/pardos recebem, em média, R\$ 1.374,5, as mulheres brancas R\$1654,1 e os homens brancos R\$2393,1 (FONTOURA; LIMA JR.; CHERFEM, 2015). A partir de tais dados, podemos perceber que homens brancos tendem ter melhores salários e estão menos vulneráveis ao desemprego, em contraponto aos negros/pardos e, em especial, às mulheres negras/pardas.

As mulheres participantes do estudo, assim como as médias nacionais (IBGE, 2016), apresentam maior escolaridade que os homens. Entretanto o aumento de anos de estudo feminino não tem sido o bastante para que não apresentem os piores indicadores de pobreza multidimensional, maiores índices de desemprego e menor renda (são maioria entre os sujeitos com os menores rendimentos). O marcador de gênero se faz presente em relação aos principais motivos que levam mulheres e homens a abandonar os estudos. Enquanto elas situam tal abandono ligado à necessidade de responsabilizar-se pelos cuidados do lar, eles situam a necessidade de arranjar um trabalho. Tal fato demonstra o quanto, nos contextos pesquisados,

ainda se fazem presentes os tradicionais papéis sociais que situam as mulheres na esfera doméstica e o homem na privada, legitimado pela ideia de uma certa reciprocidade e dependência entre os sexos (RUBIN, 1993).

Apesar dos resultados apontarem uma pequena mudança em relação à responsabilidade pela realização das atividades domésticas e por provir o dinheiro para o lar, a diferença ainda é significativa e entre homens e mulheres e estes apresentam respostas mais ancoradas no modelo tradicional de divisão sexual do trabalho. Este, que coloca a mulher majoritariamente no espaço doméstico, produz desiguais oportunidades de obter recursos materiais e sociais (renda, propriedades, trabalho remunerado, profissão, acesso a bens e serviços, capacitação, outros), assim como de participar das decisões da vida política e econômica, o que coloca as mulheres em uma situação de maior risco à pobreza (CEPAL, 2003). Ademais, no contexto rural, a atividade das mulheres ligadas à agricultura familiar frequentemente é invisibilizada, uma vez que atividades domésticas e atividades produtivas se confundem (COSTA; DIMENTEIN, LEITE, 2014).

Além de estar em desvantagem em relação aos homens, mulheres com menores rendimentos são as que gastam mais tempo com trabalho não remunerado e doméstico (CAMPOS, 2011; MELO, 2005). A divisão sexual do trabalho é um elemento que incide diretamente no uso do tempo por homens e mulheres. Se nas famílias de uma forma geral, mulheres são submetidas a intensas e desgastantes triplas jornadas de trabalho, nas famílias pobres isto se intensifica. Mulheres da classe média e alta têm mais acesso à eletrodomésticos, que reduzem o tempo de dedicação à tais atividades, assim como contam com a possibilidade de terceirizar tais atividades para outras mulheres, contratando uma empregada doméstica.

Em Pentecoste, ter muitos filhos é significativo em relação a IPM-Total para mulheres, todavia para homens isto não se observa, assim como para homens e mulheres de Humaitá. Entretanto ter filhos pequenos, com idade de até 6 anos, revela ser um indicador de maior vulnerabilidade para mulheres nos dois contextos pesquisados, uma vez que há uma relação entre este fato e piores indicadores de pobreza. O mesmo não se observa para os homens.

Tal fato anuncia a necessidade de ampliação do acesso a creches por mulheres e que as políticas de enfrentamento e superação da pobreza tenham isto como uma meta importante, uma vez que ela impacta diretamente na qualidade de vida das mulheres. As pesquisas de Lavinás e Nicoll (2006) apontam que a criação/ampliação de creches, escolas de tempo integral, centros de convivência intergeracionais, acesso à bens (como máquina de lavar roupa, por exemplo) e a presença de outro adulto no âmbito domiciliar (que geralmente são

outras mulheres) fortalecem a inserção produtiva feminina. Ou seja, reduzir os afazeres domésticos melhora a possibilidade de inserção no mercado de trabalho e conseqüentemente diminui a incidência de pobreza.

Ao desprezar questões existentes relativas às hierarquias de gênero e as opressões historicamente vividas em função destas, o Estado acaba por reforçar lugares e papéis sociais tradicionalmente legitimados pelo sistema sexo-gênero. Ao problematizar o Programa Bolsa Família, Leite *et al.* (2016, p.52-53) afirmam que

[...] Se por um lado, há que se reconhecer a histórica desigualdade no acesso à direitos e considerar demandas próprias de mulheres em contextos rurais, por outro lado, em nome desse reconhecimento e da tentativa de reparar histórica e socialmente essa realidade, programas sociais compensatórios têm, em certa medida, reforçado uma representação culturalmente criada para localizar as mulheres numa estrutura social em relações assimétricas de poder e voltadas para o gerenciamento do âmbito doméstico familiar.

Desta forma, o Estado, ao invés de propor políticas específicas às mulheres que possibilitem medidas equitativas, que diminuam desigualdades historicamente construídas nas esferas de poder entre homens e mulheres, acaba por fortalecer estereótipos que limitam estas ao tradicional espaço doméstico.

Mariano (2010) problematiza que a centralidade na mulher das ações das políticas de assistência de superação à pobreza reforça padrões estereotipados em torno dela, que historicamente vinculam o gênero feminino à maternidade e à esfera doméstica. Afirma a autora, que para o Estado o dever das mulheres e a noção de cidadania destas está atrelado à maternidade. Enquanto homens se inserem no espaço público através do status de indivíduo e trabalhador, a mulher se inclui através da esfera doméstica, reconhecida não por seu status individual de sujeito, mas por seu status de mãe, cuidadora do lar, responsável pelo cumprimento das condicionalidades dos programas sociais. Se por um lado, o foco na titularidade feminina o PBF possibilitou que muitas mulheres pudessem ter mais poder nas decisões da renda e mais autonomia (REGO; PIZANNI, 2013), por outro lado as exigências do Estado em relação ao cumprimento das atividades e responsabilidades estipuladas pelas políticas provocam mais trabalho e dedicação do tempo das mulheres (MARIANO; CARLOTO, 2009).

Retomaremos, aqui, a discussão em torno das implicações psicossociais da pobreza, considerando que mulheres apresentam maiores privações em relação aos aspectos psicossociais da pobreza. Na dimensão IPM-Aspectos Psicossociais investigamos aspectos como satisfação com a vida e as conquistas vividas, experiências de rejeição, injustiça e humilhação e o apoio social oferecido pela Assistência Social. Os resultados expressam que,

para a população em geral em contextos de pobreza, em especial para as mulheres, as opressões vividas nas relações intersubjetivas são presentes na vivência destes sujeitos. As violências simbólicas produzidas no campo social são peça importante na engrenagem de manutenção das desigualdades e exclusões sociais historicamente produzidas.

Moura Jr. e Ximenes (2016) situam a pobreza como parte uma prática opressora que produz efeitos danosos nos indivíduos pobres, que passam a identificar-se atitudes de inferioridade, passividade, até produzir danos na saúde físico e no bem-estar. Em uma sociedade que tradicionalmente reproduz em mulheres sentimentos e atitudes de inferioridade, subalternidade e passividade e a submetem a vivências de sofrimentos geradores de problemas de saúde, podemos problematizar que as vivências oriundas de duplos processos opressão (por ser mulher e por ser pobre), caracterizarão de forma singular a vivência das mulheres pobres.

Considerando serem as hierarquias e desigualdades de gênero um fenômeno relacional, historicamente constituído a partir das tramas sociais gênero (SAFFIOTI, 2004), no qual os vetores que se estabelecem do social para o indivíduo e vice-versa, somos capazes de reinventar novas formas de viver mais igualitárias. Os dados revelados neste estudo nos possibilitam compreender as duplas desigualdades que mulheres pobres estão submetidas e problematizarmos aspectos fundamentais para a instituição de mudanças sociais, como uma melhor divisão entre homens e mulheres das tarefas domésticas e cuidados com a família, a implantação e ampliação de creches de tempo integral, a importância do acesso a melhores condições de trabalho, renda e educação para homens e mulheres, com atenção especial para estas últimas considerando as históricas privações sofridas por estas.

4 RETRATOS DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUE VIVEM EM CONDIÇÕES DE POBREZA

O referido capítulo tem por objetivo analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza no contexto rural. Para tanto, utilizaremos os dados construídos a partir da aplicação do Questionário de Mensuração da Pobreza Multidimensional e do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), assim como das oficinas realizadas com mulheres moradoras de comunidades rurais de Pentecoste-CE. A avaliação ocorre a partir de uma análise da influência das condições de vida em pobreza rural e seus impactos na saúde mental. No campo dos problemas em saúde mental, investigamos a predisposição dos sujeitos para o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns.

Neste estudo, partimos da compreensão de que os processos de produção de saúde mental e de sofrimento psíquico são constituídos por uma complexa teia de determinação. Esta teia é construída a partir da relação entre diversos fatores biológicos, econômicos, sociais, políticos e culturais e subjetivos (BREILH, 2008), expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações gênero (LUDEMIR, 2008). Deste modo, saúde e doença se constituem a partir de uma complexa articulação entre tais fatores e sua configuração tem íntima relação com o contexto sociopolítico e cultural onde ocorrem.

Segundo Breilh (2008, s/n.),

[...] os processos sociais macro têm variadas correlações com os padrões de saúde e de doença, e que esta relação não é única, linear e mecânica, nem se dá somente através da articulação de distintos níveis. Mediante esta articulação, a sociedade determina as condições de vida e estas últimas, na medida em que interagem com processos biopsíquicos específicos, modificam indivíduos e coletividades, seja fortalecendo sua saúde ou produzindo doença.

Neste processo, o modo de vida dos sujeitos é determinante, o que significa que alguns grupos e coletividades estarão em maior vulnerabilidade ao adoecimento. Ainda de acordo com o autor, classe, gênero e etnia produzirão diferentes condições de vida, que por sua vez, implicarão em diferenças nos perfis de saúde, doença e acesso ao cuidado em saúde. Desta forma, percebe-se que pobreza e gênero são marcadores que incidem tanto no campo das patologias quanto das possibilidades de enfrentamento a estas.

As desigualdades sociais provocam nos sujeitos em série de sentimentos geradores de processos de padecimento (SAWAIA, 2009) como humilhação, sentimento de inferioridade, baixo controle sobre as condições de vida, impotência, entre outros. Tais sentimentos têm íntima relação com as experiências de depressão ou outras psicopatologias (LUDEMIR, 2008).

Apesar disto, muitas das necessidades sociais e sofrimentos próprios à experiência de gênero e de classe social, são invisibilizadas nos serviços de saúde, desde os processos diagnósticos até as estratégias de cuidado e acolhimento ofertadas às pessoas com transtornos mentais (PASSOS; PEREIRA, 2017; ROSA; CAMPOS, 2012). Problemáticas intensificadas quando abordamos o contexto rural, uma vez que neste observa-se intensificação da presença da pobreza (BASTOS; MATTOS; SANTOS, 2019; FAO, 2018) e maior precariedade no acesso ao cuidado em saúde mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2017; ROSA; BELFORT, 2016). Tal realidade aponta para a necessidade de um maior debate em torno da questão e para a consideração desta na formulação e implementação de políticas públicas.

4.1 Saúde mental em contextos de pobreza e suas intersecções com ruralidade

Abordar a questão da saúde mental, com foco nos elementos disparadores e protetivos ao sofrimento psíquico em mulheres em condição de pobreza rural, se faz extremamente importante uma vez que vivemos no Brasil um momento de grandes retrocessos no campo das políticas da saúde. Historicamente, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem se constituído com um campo de disputas no qual cidadãos, trabalhadores de saúde mental, pesquisadores, pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares lutam pela efetivação da promoção da saúde, da prevenção e cuidado aos transtornos mentais como um direito de todos e dever do Estado (PITTA, 2011; AMARANTE, 2008). Este movimento, que no país ganhou força a partir do final da década de 1970, concretizou importantes avanços em relação a tal luta. Reivindicou-se o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como cidadãos, com direitos à uma vida com qualidade e assistidos por uma rede de cuidado em saúde mental de base comunitária e integrada à família e à sociedade. Foram (e ainda são) diretrizes deste processo os ideais de desinstitucionalização da loucura e deshospitalização.

A luta segue em curso e nos últimos anos tem enfrentado derrotas como a fragilização e precarização da rede de cuidados e fortalecimento dos equipamentos pautados na lógica manicomial. Nos últimos 40 anos, vivemos no Brasil um período de construção e expansão de uma rede de atenção em saúde mental pautada nas diretrizes o cuidado em liberdade, do protagonismo social, autonomia e reinserção social das pessoas em sofrimento mental (PITTA, GULJOR, 2019). Entretanto, atualmente, vivemos grandes retrocessos, provocados pelo fortalecimento da política neoliberal de minimização do Estado e privatização das instituições estatais, somados à crise política e econômica que existente em nosso país.

O afastamento e desresponsabilização do Estado para com o social implicam impactos significativos para o desenvolvimento das políticas sociais no geral e da saúde mental em particular [...] conforme a conjuntura atual, identifica-se um quadro em que os avanços alcançados durante o período inicial de Reforma Psiquiátrica têm sido colocados em xeque mediante o contexto neoliberal, pois se apresentam mais desafios do que propriamente avanços relacionados à materialização da referida política (SILVA; MOURA, 2015, p. 104)

Neste processo, o impacto na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²⁰ e no Sistema Único de Saúde como um todo é direto, tem ocorrido uma redução no orçamento para os serviços de saúde e seu consequente sucateamento, em paralelo ao redirecionamento do orçamento dos serviços substitutivos para os hospitais psiquiátricos e uma valorização e expansão do setor privado. Respalhando tais retrocessos, ganha força no país discursos moralistas, fascistas alinhados à violenta lógica manicomial. É inegável que, em meio a isto, os grupos mais vulneráveis que vivem com baixa renda, em condições de pobreza e no contexto rural sofrerão de forma mais contundente os efeitos destes retrocessos. Paulon (2019) alerta para tais retrocessos e afirma que a política federal, ao potencializar a lógica manicomial, se furta do desafio civilizatório de cuidado e proteção dos sujeitos sem o cerceamento do direito à liberdade.

Ademais as problemáticas apresentadas, quando observamos as questões próprias aos modos de vida rurais, constatamos uma intensificação dos problemas. Uma vez que o mesmo já parte de uma realidade mais fragilizada, pois os avanços da Reforma Psiquiátrica ocorreram de forma mais incipiente neste contexto. Como nos denuncia Costa Neto e Dimenstein (2017, p. 1654), “o debate sobre atenção em saúde ainda é urbano e etnocêntrico, isto é, não é sensível às peculiaridades socioculturais de outros contextos”, o que contribui para a perpetuação das iniquidades no campo. Para os autores, a categoria território é basilar para a definição, assim discutir saúde mental implica a necessidade de situarmos o contexto onde esta é produzida.

Compreendemos, em concordância com a visão de Martín-Baró (2017), que a saúde mental é constituída a partir dos modos de vida dos sujeitos e das relações que este estabelece com a sociedade. Nesta perspectiva, a saúde mental deixa de ser considerada como um fenômeno individual, como nos diz o autor, que se dá “de dentro para fora” e passa a ser compreendida de “fora para dentro” (p.288). Ou seja, que os elementos constituintes da vida social devem ser importantes fatores a ser considerados na avaliação da saúde mental.

²⁰ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - tem por finalidade a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Se a especificidade dos seres humanos reside menos em um aparato para a vida (i. é, em seu organismo) e mais no caráter da vida que é constituída historicamente, a saúde mental deixa de ser um problema terminal e converte-se em um problema fundante. Não se trata de um funcionamento satisfatório do indivíduo; trata-se de um caráter básico das relações humanas que define as possibilidades de humanização disponíveis para os membros de cada sociedade e grupo. Em termos mais diretos, a saúde mental é muito mais uma dimensão das relações entre as pessoas e grupos do que um estado individual, ainda que esta dimensão se enraíze de maneira diferente no organismo de cada um dos indivíduos envolvidos nas relações”. (Martín-Baró, 2017, p. 286).

Os transtornos mentais estão presentes em todas as sociedades e são geradores de sofrimento para os sujeitos e familiares, além de produzirem dificuldades econômicas e sociais que afetam a sociedade como um todo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no mundo cerca de “154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afetadas por perturbações do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas” (OMS, 2008, p.25). Destaca ainda, a existência de um déficit entre a ocorrência dos transtornos mentais e a oferta de cuidados em saúde, provocando muita desassistência e agravo dos problemas de saúde mental nas populações em todo o mundo, em especial entre pessoas com baixa renda. Segundo informe sobre os Transtornos Mentais na América (OMS, 2018), que analisa o peso destes nas incapacidades²¹, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países americanos onde a depressão tem maiores pontuações como causa de incapacidade (9,4%) e o primeiro lugar quando se tratando da ansiedade (7,5%). Ainda segundo o referido informe, apresentamos o maior peso dos transtornos mentais entre as doenças incapacitantes entre os países da América (36,55%).

Outro documento da OMS (2002) afirma que os pobres e os desfavorecidos socialmente acusam uma prevalência maior de transtornos mentais e comportamentais, “inclusive as causadas pelo uso de substâncias. Esta maior prevalência pode ser explicada tanto por uma maior susceptibilidade dos pobres, como pelo eventual empobrecimento dos doentes mentais” (OMS, 2002, p.44). Portanto, pobreza constitui-se como fator de risco à saúde mental (SARACENO; BARBUY, 1996). Os estudos falam que a relação entre pobreza e ocorrência de transtornos mentais ocorre através de um círculo vicioso (OMS, 2002), na qual privação de renda, baixa escolaridade e desemprego favorecem ao sofrimento psíquico e estes podem gerar uma série de prejuízos sociais, como incapacidade grave ou continuada, desemprego, redução da capacidade produtiva e altos gastos com saúde. Tal situação, por sua vez, agrava o estado de pobreza. Soma-se a isto, o precário acesso aos cuidados em saúde mental, que muitos sujeitos em condição de pobreza vivenciam (ALVES; RODRIGUES, 2010).

²¹ Termo traduzido do espanhol “*discapacidad*”.

Segundo Nepomuceno (2013), em pesquisa que analisa as relações entre pobreza e saúde mental, a vivência do adoecimento psíquico reverbera uma série de mudanças nas vidas dos sujeitos, a saber: desemprego, fragilização dos laços de amizade, diminuição da renda *per capita* familiar e restrições da autonomia e da liberdade de circular pela cidade. Tais mudanças agravam os sofrimentos e a pobreza. Ressalta, a autora, que as mudanças provocadas pelo desencadear do transtorno mental atingem também os familiares. Ademais aponta a pobreza como um grave fator de vulnerabilização dos sujeitos ao sofrimento psíquico.

As adversidades próprias da vida em condições de pobreza e das opressões vividas promovem nos sujeitos um estado permanente de tensão e estresse, produzindo o fenômeno do estresse continuado (GÓIS, 2008). Para Góis (2008), o estresse que em um primeiro momento pode ser uma condição facilitadora, que impulsiona o organismo para a ação, quando apresentado de forma contínua, constante, pode gerar doenças e problemas psicológicos e sociais. Ao encontro desta leitura, Valla (2000, p. 43) afirma ser a vida das classes populares perpassada por “um estilo de vida em que a pessoa está sistematicamente exposta a agressões de ordem física e psíquica”, estas contribuem para o sofrimento psíquico.

Ainda sobre esta leitura do estresse entre as populações pobres, Rodriguez (2009) afirma que a vivência da pobreza e o precário acesso à renda, possibilitam a expressão do estresse psicossocial. Este ocorre devido a pessoas pobres vivenciarem demasiadas situações de tensão e um acúmulo de experiências estressantes. Destaca ainda, que eventos negativos de vida são preditores de problemas socioemocionais, como depressão e problemas somáticos. Desta forma, pode-se considerar que os sujeitos pobres estão submetidos a estressores vitais crônicos, impostos por uma série de privações que vivem no dia-a-dia.

Ademais da vivência de privações de renda, de habitação de qualidade e de acesso à saúde e educação, é frequente na pobreza situações geradoras de sentimentos de vergonha e humilhação (ESTANISLAU *et al.*, 2018; MOURA JR., 2015; ZAVALETA, 2011), assim como a exposição à violência e sentimento de insegurança frente ao futuro (NEPOMUCENO, 2013), a desesperança e desmoralização das famílias (RODRIGUEZ, 2009). Todos estes são geradores de muito sofrimento aos sujeitos. Sobre a questão da exposição à violência, Nepomuceno (2013) destaca que, em tal contexto, mulheres frequentemente relatam as agressões físicas e psicológicas praticadas por homens (na maioria esposos e companheiros) e estes relatam a violência policial.

Para Patel e Kleinman (2003), os Transtornos Mentais Comuns (TMC) devem ser colocados no rol das doenças associadas à pobreza. Nesta associação, entram fatores como a experiência de insegurança e desesperança, rápidas mudanças sociais e riscos de violência

física, todos citados anteriormente. O conceito de TMC foi proposto por Goldberg e Huxley e se refere a casos problemas de saúde mental que caracterizam-se por ser um transtorno mental não psicótico e sem patologia orgânica associada, expresso através de “sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002, p. 214).

Lopes, Faerstein e Chor (2003) apontam uma relação entre a produção dos TMC e eventos de vida produtores de estresse. Pesquisas revelam que baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho, geram situações de estresse, que por sua vez, contribuem ao desenvolvimento dos TMC (COUTINHO, MATIJASEVICH, SCAZUFCA, MENEZES, 2014; LUDEMIR, MELO FILHO, 2002). Vários estudos revelam que a baixa escolaridade e a baixa renda (fenômenos que geralmente se apresentam juntos) estabelecem uma forte associação com os TMC (KHAN; FLORA, 2017; LUDEMIR, 2008; PATEL; KLEINMAN, 2003). Segundo Ludemir e Melo Filho (2002), a falta de dinheiro provoca a insegurança e, conseqüentemente, aumenta o estresse, assim como limita de forma contundente o acesso a bens e serviços.

Para Fonseca (2008), os TMC constituem-se como grande parcela dos problemas de saúde mental que chegam à atenção básica em saúde. De acordo com a autora, os TMC “apesar de constituírem problemas de saúde de menor gravidade, causam prejuízos e sofrimentos significativos tanto para os sujeitos envolvidos como para os profissionais que o acolhem e que ainda não receberam capacitação adequada para tanto” (FONSECA, 2008, p. 173). A falta de qualificação profissional para a atenção à saúde mental faz com que muitos transtornos mentais não sejam adequadamente diagnosticados, gerando subnotificação (OMS, 2008).

A falta de preparo profissional faz com o que a problemática ocorra de forma silenciada, sendo desconsiderada pelas profissionais de saúde. O que constitui, assim, mais um elemento que compõe a rede de retroalimentação que se estabelecem entre pobreza e sofrimento psíquico. Soma-se a esta aos diversos estressores e fragilização que estão expostos os sujeitos em contextos de privação. Considerando a especificidades destes estudos, cabe indagarmos como isto se dá na vida de mulheres que vivem no contexto rural. Com vistas a analisar os elementos protetivos e fragilizadores presentes no contexto rural e nas experiências de gênero.

No que concerne à discussão sobre ruralidade e saúde mental, segundo Araújo *et al.* (2013), a presença do de sofrimento psíquico no contexto rural é uma realidade, assim como os poucos avanços da reforma psiquiátrica em tais contextos. Silva, Dimenstein e Leite (2013),

alertam para a escassez de investigações sobre a questão da saúde mental entre populações rurais. Afirmam os autores que as publicações sobre a morbidade psiquiátrica em áreas rurais “[...] geralmente fazem referência a alta prevalência de transtornos mentais em comparação com os dados de áreas urbanas, indicando a necessidade de políticas específicas voltadas a essas populações” (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013, p. 400).

De acordo com Rosa e Belfort (2016, p. 355), ao refletirmos sobre o processo saúde/doença/cuidado no contexto rural, devemos compreendê-lo como determinado pelo modo de vida e organização das sociedades neste cenário, além de atentar para as desigualdades sociais e questões sociais invisibilizadas que vivem as populações rurais. Para os autores, a concentração dos serviços de saúde mental e de assistência social no contexto urbano, em especial nas capitais dos Estados, revela um desigual acesso às políticas públicas entre os cenários urbano e rural.

Na saúde/saúde mental houve o acionamento histórico da ‘abulancioterapia’, isto é, o envio da pessoa enferma para as capitais, através da ambulância do município. Sem isso, no geral, persistiam na desassistência, contando com uma assistência de baixa qualidade e diversidade de barreiras de acesso, quase sempre reiteradas contemporaneamente nas situações envolvendo o usufruto de serviços, bens simbólicos e o transtorno mental das populações rurais, tensionado pela tímida incorporação da saúde mental na atenção primária. (ROSA; BELFORT, 2016, p. 360)

Destacam ainda os autores, que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²² tem uma identidade principalmente urbana, o que produz uma baixa e desqualificada assistência à saúde mental da população rural e uma atenção à crise marcadamente manicomial. De acordo com Luzio e L’abbate (2009), municípios de pequeno e médio porte, acabam por centralizar suas ações de cuidado em saúde mental, principalmente, na internação psiquiátrica e na medicalização, reproduzindo o modelo asilar, na contramão dos ideais da reforma psiquiátrica. Somamos a isto, as longas distâncias a serem percorridas para o acesso aos serviços (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Estudos evidenciam elevados índices de transtornos psiquiátricos menores entre trabalhadores rurais (COSTA; LUDEMIR, 2008; FARIA *et al.*, 1999; PARREIRA, *et al.* 2017). De acordo com Faria *et al.* (1999), são fatores que vulnerabilizam os trabalhadores rurais: as precárias condições de vida, a baixa escolaridade, a migração dos jovens para a cidade, os altos

²² Serviços centrais no processo de reforma psiquiátrica brasileira, fundamentais para o avanço da consolidação de uma rede substitutiva ao modelo manicomial. Segundo Brasil (2011) o CAPS “é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”

custos na produção e o crédito bancário, além do alto desgaste do trabalho rural e a intoxicação por agrotóxicos.

Outro fenômeno importante a ser considerado na análise da saúde mental e seus determinantes é a sua relação com o trabalho. Os estudos de Ludemir e Melo Filho (2002) destacam haver uma maior prevalência de TMC entre trabalhadores inseridos no mercado informal de trabalho e desempregados, uma vez que estes têm reduzido o poder de decisão e a capacidade de influenciar o meio, além da ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista, problemáticas vividas frequentemente no contexto rural e que podem influir negativamente à saúde mental. Álvaro, Torregrosa e Luque (1992, p. 24), afirmam que a relação que se estabelece entre saúde mental e trabalho tem relação com o status social do trabalho, o desempenho neste trabalho, as condições e precarizações existentes neste. Segundo os autores, quando estas condições laborais são precarizada contribuem para o sofrimento psíquico.

Em estudo realizado na região agrícola do Rio de Janeiro, sobre as queixas dos “nervos” no contexto rural, Levigard e Rozemberg (2004) destacam uma série de aspectos próprios ao modo de vida e trabalho no contexto rural que são influentes no sofrimento psíquico.

As intoxicações por agrotóxicos, a desvalorização econômica da atividade agrícola, a sobrecarga de trabalho, a perda progressiva da terra como referencial de vida, o cansaço com os grandes deslocamentos para o centro da cidade, o fechamento de fábricas no município e o consequente desemprego na área urbana, a falta de perspectiva para construir o futuro, o isolamento social, a insatisfação conjugal, a aculturação a valores diferentes daqueles do grupo de origem, e a falta de lazer, estão entre os determinantes apontados para as manifestações de nervoso nas comunidades. (LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004, p.1519)

Assim como na pobreza, o medo, a perda da segurança, os sentimentos da incerteza frente ao futuro, o nervosismo, também são destacados em outros estudos sobre a saúde mental no campo (CAMURÇA, 2014; FARIA *et al.*, 2009). Frente a tal quadro, é frequente o excesso de automedicação e um cuidado de atenção centrado na medicalização no contexto rural (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013). Deste modo, podemos perceber que nos processos de determinação da saúde mental, pobreza e ruralidade são fatores influentes na produção dos processos de sofrimento psíquico e possibilidades de acesso à uma rede de cuidado em saúde. Ademais destacamos que os modos de vida constituídos em meio à pobreza rural possuem especificidades que se interseccionaram de forma singular na produção da saúde mental em pessoas no campo.

4.2 Saúde mental e mulheres em contextos rurais – reflexões importantes

Após refletirmos sobre as relações entre pobreza rural e saúde mental, a especificidade do objeto de estudo da pesquisa em questão exige a inserção da categoria gênero nesta leitura, complexificando de forma mais contundente as análises. De acordo com a OMS (2008), a prevalência de transtornos mentais entre homens e mulheres tem se mostrado quase a mesma. Entretanto, entre mulheres é mais prevalente a depressão, os transtornos de ansiedade e de conduta alimentar, ao passo que nos homens é mais frequente os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, o autismo e o abuso de substâncias psicoativas. Segundo Alves e Rodrigues (2010, p.129),

[...] o gênero tem influência sobre muitos dos determinantes da SM, nomeadamente a posição socioeconômica, o acesso a recursos, papéis sociais e status. Nos países menos desenvolvidos, estes aspectos são mais proeminentes, associando-se frequentemente a situações de abuso e violência conjugal, pouca autonomia, dificuldade no acesso à educação, o que por sua vez se repercute de forma negativa a nível da SM (maior risco de depressão, ansiedade e suicídio) e também física (somatização, queixas ginecológicas).

A pesquisa de Eliane Silva *et al.* (2016) realizada em contextos rurais, também aponta para uma diferenciação da expressão do sofrimento psíquico entre homens e mulheres. Para os autores, são mais frequentes em mulheres os transtornos depressivos e de ansiedade, além da ideação suicida, pois historicamente estas foram estimuladas à internalizar as suas aflições. Já os homens, “são incentivados a colocar em atos suas aflições, estresse, podendo estar mais associados a comportamentos antissociais, uso de substâncias e suicídio” (SILVA, E. *et al.*, 2016, p. 248).

Os estudos realizados por Zanello (2016) nos ajuda a compreender as influências do gênero na produção do sofrimento psíquico em homens e mulheres. Para a autora, no que tange às relações entre saúde mental e gênero, problemas de ordem econômica e sociais, como desemprego, feminização da pobreza, violência psicológica, física, sexual, incidirão neste processo (ZANELLO, 2016). Compreende ainda que as queixas de mulheres e homens e a produção do sofrimento entre estes ocorrerão em função dos diferentes lugares sociais que ocupam na sociedade burguesa capitalista e das exigências performáticas que incidem sobre ambos (ZANELLO, 2017).

Segundo Zanello (2016), na produção do sofrimento psíquico em mulheres, dois dispositivos²³ são importantes: o amoroso (mediado pelo ideal estético) e o materno. Já entre os homens, o dispositivo da eficácia (ligado à virilidade sexual e laborativa) é central.

[...] a experiência do adoecimento psíquico e o sentido/vivência da doença são gendrados, colocando em xeque de maneiras distintas homens e mulheres: no geral, enquanto elas se queixam que a doença atrapalha o exercício de cuidado dos filhos e do lar (deveres domésticos), eles sofrem pela não-produtividade. (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p. 240)

Pesquisa realizada por Zanello, Fiuza e Costa (2015), em um CAPS, os discursos de mulheres sobre o seu sofrimento configuravam-se em torno dos dispositivos de maternidade e de casamento; do sofrimento de violência sexual, física e psicológica; do sexo; do trabalho; e de invisibilização e silenciamento do sofrimento. Já nos homens, a virilidade foi tema central, expressa através de uma virilidade laboral, sexual e física, no qual muitos dos sofrimentos masculinos dirigiram-se ao não alcance dos ideais de virilidade. Surge também entre estes, a vulnerabilidade socioeconômica e dos vínculos familiares e redes sociais. De acordo com tal estudo, a queixa das mulheres volta-se para o sofrimento produzido por não conseguirem cuidar de forma satisfatória dos filhos e da casa e para o fato de não corresponderem aos ideais estéticos impostos à elas pela sociedade.

Apesar das evidências que apontam as intersecções do gênero e com as questões socioculturais na produção da saúde mental, há uma negligência dos profissionais de saúde destes aspectos na produção do fenômeno, assim como uma invisibilidade da categoria gênero como fator condicionante ou determinante aos processos de adoecimento psíquico (PASSOS, PEREIRA, 2017; RABELO, ARAÚJO, 2013; ZANELLO, 2017). Segundo Zanello e Costa e Silva (2012), mulheres pobres e negras além de estarem mais vulneráveis ao sofrimento psíquico, têm maior risco de terem seu sofrimento silenciado.

Ludemir (2008) afirma que problemas de saúde mental se expressam de forma desigual entre homens e mulheres e entre diferentes classes sociais. Segundo a autora, há uma maior ocorrência de TMC entre mulheres e classes populares, sendo necessário, portanto, uma leitura de gênero e de classe no estudo do fenômeno. Em consonância com tais afirmações, diversas pesquisas evidenciam uma maior prevalência dos TMC entre mulheres (ANSEMI *et al.*, 2008; CARLOTTO *et al.*, 2011; MOREIRA *et al.*, 2011; PARREIRA *et al.* 2017; SILVA,

²³ Zanello (2016), inspirada nas ideias foucaultianas, define dispositivo, uma categoria analítica, que se caracteriza como uma rede tecida entres diversos elementos de um conjunto heterogêneo de discursos, normas, leis, instituições, anunciados científicos, proposições morais, filosóficas, organizações arquitetônicas. Os dispositivos são capazes de produção/atuação nas dimensões do saber, do poder e da subjetividade.

E. *et al.*, 2016). De acordo com Barata (2009), a expressão do fenômeno ocorrerá de maneira diferenciada também entre as mulheres. Segundo a mesma, as donas de casa, as trabalhadoras do setor informal ou desempregadas, apresentarão maior risco de TMC quando comparadas às empregadas no mercado formal. Ademais das questões relacionadas com contexto laboral, ser negra ou parda, ter baixo nível de escolaridade e ser divorciada/desquitada/viúva implicarão em maior incidência dos TMC (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Os estudos de Costa, Dimenstein e Leite (2014) apontam uma prevalência de 43,6% de TMC em mulheres moradores de assentamento rural, no Rio Grande do Norte. Os autores apontam como fatores que se interseccionam na produção de tal realidade: o lugar social destinado à mulher, a pobreza, a violência doméstica e a sobrecarga laboral. Savi (2010), em pesquisa sobre o sofrimento de difuso em mulheres, destaca fatores que influenciam na produção do fenômeno: a excessiva carga do trabalho doméstico, as duras condições de vida das mulheres, os constantes sentimentos de medo e cansaço, além da falta de perspectiva de um futuro melhor.

Couto-Oliveira (2007), ao estudar gênero, saúde mental e pobreza, afirma que a realidade de privação gera no cotidiano da vida das mulheres uma série de dificuldades que afetam todas as áreas de suas vidas. A autora igualmente destaca a pobreza, a sobrecarga de trabalho e a violência como principais fatores de risco para o adoecimento psíquico. Considerando especificamente a realidade de mulheres moradoras do contexto rural, deve-se atentar para o trabalho invisível exercido pelas mulheres no campo e o rígido padrão assimétrico das relações de gênero a que estão submetidas (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Tais diferenças nos levam a refletir sobre as intersecções produzidas do gênero na produção do sofrimento psíquico, assim como dos contextos socioeconômicos e geográficos onde eles se dão. Nos contextos rurais são fatores que contribuem para a prevalência de transtornos mentais em mulheres: a situação socioeconômica, a elevada carga de trabalho doméstico e o alto índice de violência de gênero (SILVA, E. *et al.*, 2016a). A sobrecarga de trabalho das mulheres rurais está relacionada à dupla jornada de trabalho, na agricultura e no lar. Costa (2014) aponta que somado a tais fatores, o casamento é outro fator de risco, uma vez que o mesmo frequentemente se configura como promotor de angústias e, comumente, implica em aumento da carga de trabalho e das responsabilidades, além de muitas vezes ser marcado pela presença da violência de gênero. A questão da violência no contexto rural se intensifica, pois há uma naturalização do fenômeno, muitas mulheres internalizam o lugar de subserviência em relação aos homens (SILVA, 2016a) e não há serviços especializados no território que

respondam à problemática, que acaba por minimizar as possibilidades enfrentamento (BUENO, LOPES, 2018; COSTA *et al.*, 2017).

Em relação à tais enfrentamentos, de acordo com Eliane Silva *et al.* (2016a, p. 261), “para lidar com os fatores associados ao sofrimento [...] as mulheres recorrem a diversas medidas e estratégias, como por exemplo, uso de psicotrópicos, apoio de familiares, à religiosidade, bem como ao trabalho remunerado” Como estratégias de superação, as mulheres tecem redes de solidariedade na comunidade, buscam apoio nas igrejas, postos de saúde e escolas (SAVI, 2010).

Portanto podemos perceber que estudar as implicações da pobreza rural na promoção da saúde mental e na produção do sofrimento psíquico em mulheres requer que consideremos as especificidades dos modos de vida produzidos no contexto rural. Ademais temos que atentar às questões próprias aos papéis e performances de gênero impostas, que incidirão nas produções dos transtornos mentais em mulheres, assim como às possibilidades de enfrentamento à pobreza e ao adoecimento instituídos por estas.

4.3 A avaliação da saúde mental de mulheres rurais em contextos de pobreza

A seguir são apresentados os resultados da avaliação da saúde mental das mulheres de Pentecoste. Primeiramente é realizada uma comparação da prevalência dos TMC entre homens e mulheres, em seguida são analisadas as relações entre condições de vida e saúde mental, pobreza e TMC e, por fim, são discutidos os recursos de cuidado em saúde mental existentes.

4.3.1 Gênero e suas influências na prevalência aos Transtornos Mentais Comuns

Considerando a amostra total válida de mulheres de Pentecoste (N=272), os resultados apontam que 59,2% (N=155) das participantes pontua até 6, estando abaixo da linha de corte²⁴ para os TMC e 40,8% (N=107) da população registra 7 ou mais pontos. A média das pontuações do SRQ-20 para a amostra total de mulheres de Pentecoste é M=5,98 (DP=4,35). O que pode ser considerada uma média alta, uma vez que se aproxima bastante do ponto de corte.

²⁴ De acordo com estudos realizados no Brasil, a linha de corte utilizada para o indicativo de Transtornos Mentais Comuns (TMC) é 7, estado abaixo deste valor os sujeitos sem suspeita diagnóstica de TMC e a partir deste valor os sujeitos com suspeita de TMC.

Ao compararmos os resultados entre homens e mulheres, apresentados na Tabela 15, percebemos que as mulheres apresentam maior prevalência de TMC e apresentam maiores médias de SRQ Total. Segundo a análise do *Test t* para amostras independentes tal diferença é significativa ($t(369) = -2,43, p=0,01$).

Tabela 15- Resultado do SRQ-20 entre homens e mulheres de Pentecoste (CE)

População	Média SRQ-Total	DP	Abaixo do Ponto de Corte		Acima do Ponto de Corte		Total	
			N	%	N	%	N	%
Homens	4,79	4,05	78	71,6	31	28,4	109	100
Mulheres	5,98	4,35	155	59,2	107	40,8	262	100
Amostra Total Válida	5,63	4,29	234	62,9	138	37,1	372	100

Fonte: Elaborado pelos autores

O resultado vai ao encontro de outros estudos brasileiros (Tabela 16) e internacionais (STEEL *et al.*, 2014; PATEL; KLEIMAN, 2003), realizados em contextos rurais e urbanos, pois apontam maior prevalência de TMC entre as mulheres. Segundo Senicato, Azevedo e Barros (2018), a prevalência dos transtornos mentais na população feminina brasileira varia entre 19% a 34%¹². Entretanto a Tabela 16 apresenta a prevalências encontradas em alguns estudos e nela podemos perceber taxas que extrapolam tais indicados, em especial no contexto rural. Neste a prevalência entre as mulheres é superior a 31% e apresenta elevados indicadores no contexto nordestino brasileiro. O estudo de Macedo *et al.* (2018), realizado em assentamentos rurais do Nordeste brasileiro aponta que as mulheres se destacam em todas as dimensões do SRQ-20 quando compara aos homens. Lembrando que os contextos rurais do Nordeste, ao lado do Norte, apresentam também piores indicadores de extrema pobreza (OXFAM, 2017). Valor próximo ao indicador internacional, encontrado por uma metanálise de estudos realizados em diversos países, que aponta que 19,7% das mulheres apresentaram algum transtorno mental comum no último ano (STEEL *et al.*, 2014).

Tabela 16- Prevalência de TMC entre mulheres em estudos brasileiros

Referência	TMC em Mulheres	Contexto	Estado	População pesquisada
Costa e Ludemir (2005)	58,59	Rural	Pernambuco	Homens e mulheres maiores de 19 anos, da comunidade do Pirauá
Silva <i>et al.</i> (2019)	36,5 %	Rural	Goiás	Residentes de assentamentos rurais
Parreira <i>et al.</i> (2017)	35,7%	Rural	Minas Gerais	Mulheres moradoras de áreas rurais
Leite <i>et al.</i> (2017)	53,88% (RN)	Rural	Rio Grande do Norte e Piauí	Moradores de assentamentos rurais

	67,91% (PI)			
Macedo <i>et al.</i> (2018)	32,46%	Rural	Piauí	Moradores de 02 assentamentos
Furtado <i>et al.</i> (2019)	31,6%	Rural	Paraíba	Mulheres residentes em cidades rurais
Araújo, Pinho Almeida (2005)	39,4%	Urbana	Bahia	Mulheres moradoras (15 anos ou mais)
Carlotto <i>et al.</i> (2011)	20,5%	Urbano	Porto Alegre	Homens e mulheres trabalhadores de empresas
Moreira et al (2011)	48,37%	Urbano	Minas Gerais	População assistida por uma equipe do Programa Saúde da Família
Senicato, Azevedo e Barros (2018)	18,7%	Urbano	São Paulo	População mulheres adultas da área urbana

Fonte: Elaborada pela autora.

Estes resultados nos levam a questionar os atravessamentos presentes no modo de vida das mulheres e como estes incidem sobre a produção dos seus processos de adoecimento. Nas oficinas, quando apresentamos os resultados quantitativos da pesquisa, ao mostrarmos tais dados que apontam para um maior adoecimento das mulheres, as participantes comentam:

Participante 01: *É verdade.*

Participante 02: *Porque a mulher, minha filha, nesse sentido aí, as mulheres adoecem mais.*

Participante 01: *É sim.*

Pesquisadora: *É? Por quê?*

Participante 03: *Porque a mulher já se preocupa com tudo. É responsabilidade, as vezes da casa, dos filhos. Preocupação com tudo. Às vezes o filho sai, ela só se contenta quando ele chega. Enquanto ele não chegar, a preocupação é grande. E o homem não. O homem não tá nem aí! Na hora que chegar tá bom.*

Participante 02: *E a preocupação é com tudo. Com a casa, com a família. E com o homem que sai! Às vezes tem o marido que bebe, né? Sai. Ali já é uma preocupação também. Tudo é preocupação!*

(Oficina 02 - Serrota)

Pesquisadora: *Preocupação com o quê?*

Participante 03: *Não. Assim, na maioria das vezes, não sei se é o caso de todo mundo, mas assim, com as coisas de casa, as mulheres têm mais preocupação, com relação as coisas dos filhos, as vezes o dinheiro. Pronto vai pagar uma coisa amanhã e o dinheiro não tem. Geralmente os homens são mais despreocupados com as coisas a gente fica com aquilo, sabe? Martelando. Com a coisa dos filhos da gente, a gente vai dormir e acorda se lembrando daquilo.*

(Oficina 03 - Serrota)

Sobre a questão das preocupações 61,8 % (N=168) pontuaram de forma afirmativa no item: “*Sente-se nervosa, tensa ou preocupada*”. Os discursos apontam para alguns aspectos importantes próprios às questões de gênero relacionadas ao sofrimento psíquico em mulheres: a sobrecarga vivida no trabalho doméstico, a centralidade das mulheres no cuidado com a

família, o heterocentrismo feminino e ego-centramento masculino e modos diferentes de adoecimento de homens e mulheres.

A sobrecarga de trabalho doméstico vivida por mulheres é fator potencial para o desencadear de sintomas psiquiátricos (PINHO; ARAÚJO, 2012; ROSA; CAMPOS, 2012; SANTANA; LOOMIS; NEWNAN, 2001). A problemática se intensifica quando tratamos da especificidade do contexto rural, uma vez que neste é frequente o acúmulo trabalho agrícola e trabalho doméstico, ambos invisibilizados.

Nogueira (1996) afirma ser necessário repensar a domesticidade e as questões domésticas para que possamos ressignificar o gênero e os papéis historicamente ocupados por homens e mulheres. A centralidade da responsabilidade do cuidado com a família nas mulheres é reforçadora de processos de subordinação feminina, que as coloca restritas à esfera da vida privada, o que acaba por fragilizar suas possibilidades de desenvolvimento profissional e capacidade de gerar renda, além de dispor de tempo reduzido para si (KRMOPOTIC; IESO, 2010). Consequentemente não as permite cotidianamente desenvolver práticas promotoras de saúde pessoal e autocuidado, o que acaba por fragilizar as mulheres e favorecer processos de adoecimento.

Zanello (2017, 2016) aborda a questão do heterocentrismo das mulheres, ao lado do ego-centramento dos homens. A autora que discute a influência do gênero na saúde mental e compreende que os dispositivos materno, amoroso e da eficácia se fazem presentes nos processos de subjetivação dos sujeitos. “Esses dispositivos são criados, mantidos e reafirmados pela microfísica do poder, sobretudo a partir das tecnologias de gênero” (ZANELLO, 2017, p.59).

O dispositivo materno tem relação com o mito do instinto materno e a naturalização da mulher como ser do cuidado e a idealização que a realização pessoal desta através de tal ato, além de uma idealização da mulher-mãe como alguém que se realiza plenamente do papel de mãe/cuidadora. Tradicionalmente não cabe nesta concepção espaço para um questionamento deste lugar, atribuído naturalmente à mulher. As mulheres participantes da pesquisa relacionam os seus processos de adoecimento às preocupações cotidianas com a família, filhos e maridos. Neste momento, demonstram o quanto seu bem-estar pessoal relaciona-se com o bem-estar familiar, de um terceiro. Se por um lado, durante os discursos por vezes apresentam esta realidade como dado, apenas passível de reprodução, por outro reconhecem os sofrimentos que causa, o que já revela um aspecto importante aos processos de mudança social.

Ao se contraporem aos homens, revelam o quanto percebem estes estão mais voltados para si, não compartilhando com estes a atividade do cuidado com a família. Ao

falarem da preocupação com o consumo de bebida alcoólica pelos maridos, acabam por abordar aspectos que dizem dos processos de adoecimento dos homens. De acordo com estudos nacionais e internacionais, mulheres estão mais propensas a experienciar humor e/ou transtorno de ansiedade e os homens mais propensos ao transtorno por uso abusivo de álcool e outras drogas (SILVA, E. *et al.*, 2016; SIMON, 2014; STEEL *et al.*, 2014).

Nos relatos das entrevistas e oficinas, foram frequentes problemas com o uso abusivo de álcool e drogas por maridos, filhos e parentes. Esta problemática intensifica a exposição das mulheres a uma diversidade de vulnerabilidades, a saber: contato com a violência do tráfico e assassinato de seus parentes, violência de gênero, intensificação da privação de renda. Na oficina de Providência, os discursos das mulheres falam das repercussões de convívio com o uso abusivo de álcool pelos maridos e companheiros.

Participante 1: *O homem que bebe, ele tem raiva, ele tira o sossego da própria família. Né? Tem deles que chega bebo dentro de casa e não dá sossego a ninguém. Tem deles que nem dormir quer. Fica só perturbando, falando.*

Participante 2: *É o seu caso, devido você ser desse jeito aí, alterada dos seus nervos, o tempo todo. Por causa do seu, né? Final de semana só vêve bebo [sic].*

(Oficina 02 - Providência)

Na entrevista individual, Silvia fala que após o assassinato do filho (relacionado ao envolvimento com o uso de drogas) passou a ter “*crises de nervosismo*”, insônia, o que a levou a abandonar os estudos.

Não, eu frequentei [a escola] até depois da morte do meu menino eu frequentei. Só que antes da morte já tava estudando. Né? Só que eu parei devido à morte dele mesmo. É que eu fiquei meio traumatizada. Eu não podia ver uma moto passando perto de mim que eu me assustava que só. Ficava nervosinha! Aí eu achava que um dia poderia alguém também chegar perto de mim e atirar em mim sem eu merecer.

(SILVIA, Entrevista Individual)

Um fenômeno que impacta diretamente na saúde mental de mulheres é a violência de gênero. Os relatos de violência de gênero foram bastante presentes nos discursos das mulheres. Para algumas, o contato com as experiências de violência surge durante a infância, sofridas pela agressão de pais e padrastos contra si, suas mães e irmãos. Para outras, ocorre nas relações afetivas e casamentos. Casos de feminicídio também fazem parte da história destas mulheres. Estas violências são de ordem físicas, sexuais e psicológicas. Desrespeito, agressões físicas, ameaças, humilhações públicas, assassinado, incesto, abuso sexual, são relatados pelas mulheres. Uma dura realidade que muitas mulheres vivem de forma silenciada e naturalizada no contexto rural. A história de Ana é marcada pela violência de gênero:

Ah, eu sofri muito. Eu acho que das três quem mais sofreu foi eu. Até que já mandaram eu procurar um psicólogo, só que eu não fui ainda. Eu apanhava dele, porque eu não deixava a mãe apanhar sozinha. Corria nos matos na chuva mais a mãe. Voltava, dava murro no meu nariz que eu espirrava lá na puta que pariu. [...] A minha mãe não tem nenhum dente, porque ele quebrou tudinho de murro. [...] Ela saiu de casa mais voltou com medo de ele matar ela. Foi morar um tempo comigo em Itapipoca. Aí voltou, aí foi bem na hora que ele se armou de faca pra matar ela, mas não deu tempo. (ANA, Oficina 02 -Providência)

A naturalização e invisibilidade do fenômeno violência de gênero contribui para sua perpetuação. Segundo Medeiros e Zanello (2017), há uma invisibilidade no contexto da reforma psiquiátrica, o que impossibilita a criação de políticas públicas específicas e contribui para biologização do sofrimento psíquico e desconsideração das influências do gênero na constituição da saúde mental. No contexto rural, o quadro se agrava, a (des)informação, a distância entre as moradias, o acesso restrito ao transporte, a falta de políticas de enfrentamento a violência, articulado a outras políticas e redes de apoio, contribuem para este quadro (COSTA *et al.*, 2017).

Ao serem indagadas sobre se acreditam que as mulheres são respeitadas, muitas discordam. Diversos estudos têm mostrado que esta realidade da violência de gênero no contexto rural é fator determinante nos processos de adoecimento e fragilização das mulheres. Bueno e Lopes (ano) consideram que a pobreza e as privações dela constituintes são elementos de maior intensificação da vulnerabilidade das mulheres à violência de gênero. “*No final da história, quem sofre é a gente, que abandona os pais por um homem. A gente deixa nossos pais de lado pra amar ele. [...] Mulher tem que ser é guerreira, sobrevivendo a tudo isso eu acho que é o suficiente*” (Participante 05, Oficina 01 - Serrota). Reflete uma das mulheres da Serrota, após problematizarem a violência de gênero e relação entre homens e mulheres.

Ao relatarem sobre suas vidas e os significados que constituem a ideia do “ser mulher”, podemos destacar: trabalho, criação dos filhos, cuidado da família, honestidade. Mais uma vez reconhecem os sofrimentos vividos e que estes constituem o ser mulher, há também uma valorização e orgulho de ser “mulher honesta”, “mulher trabalhadora”, “mulher que cuida dos filhos”. Na oficina 01 de Providência este tema surge:

Participante 01: *Pra mim, ser mulher é ter a honestidade da gente. Sou mulher, mas trabalho, sou uma vencedora. Ser mulher é sofrer muito. Eu acho que eu sofri muito. Eu tenho orgulho de ser mulher, de trabalhar, de cuidar dos meus filhos, de tudo. Eu me orgulho, da minha parte eu me orgulho, bastante mesmo.*

Pesquisadora: *E as outras? O que acham?*

Participante 02: *Eu tenho orgulho de ser mulher.*

(Oficina 01 - Providência)

O orgulho e uma valorização de si são importantes elementos de promoção de saúde. Neste caso, estão relacionados aos papéis valorizados socialmente, assim como a ideia

de que apesar de toda a sobrecarga e sofrimento é possível resistir. Por outro lado, os discursos revelam a dimensão do sofrimento/padecimento das mulheres. As problemáticas porque vivem estas em comunidades rurais as vulnerabilizam ao sofrimento psíquico. Entre tais problemáticas temos além da sobrecarga de trabalho, o desemprego, a baixa renda e escolaridade, violência de gênero, uma frágil rede de baixo apoio social (SILVA *et al.*, 2019), a seca e o precário cuidado em saúde. Furtado *et al.* (2019) encontra como variáveis preditoras do TMC em mulheres rurais a violência doméstica, a vivência de situações estressoras e a interrelação entre variáveis ter mais de 50 anos e baixa renda.

4.3.2 Relação entre condições de vida e saúde mental: análise das variáveis sociodemográficas influentes

A Tabela 17 apresenta a análise descritiva da prevalência do TMC em mulheres em função de distintas variáveis sociodemográficas exploradas no estudo. A partir dela podemos constatar que as mulheres em pobreza de moderada a intensa, que se reconhece de cor amarela, idosa, de renda de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, que nunca estudou, sem trabalho remunerado, viúva e com seis ou mais filhos, apresentarão maior predisposição para os transtornos mentais comuns. Desse modo, é possível perceber como diferentes variáveis que constituem o modo de vida das mulheres pesquisadas interferem nos processos de sofrimento psíquico.

Tabela 17 - Prevalência de TMC entre mulheres de Pentecoste em função de Pobreza Multidimensional e variáveis sociodemográficas

Variável	Prevalência de TMC		SRQ-20 Total	
	N	% Válida	M	DP
Pobreza Multidimensional				
<i>Fraca</i>	6	42,9	5,21	3,82
<i>Fraca a Moderada</i>	22	36,1	5,11	3,62
<i>Moderada a Intensa</i>	23	56,1	7,21	3,96
<i>Intensa</i>	5	50,0	8,70	5,05
Cor				
<i>Branca</i>	15	32,6	5,69	4,65
<i>Parda/morena</i>	77	40,5	5,78	4,15
<i>Preta</i>	7	50,0	7,14	4,67
<i>Amarela</i>	8	66,7	8,75	5,27
Faixa Etária				
<i>Jovem (18 a 29 anos)</i>	24	32,0	4,81	3,72
<i>Adulta (30 a 59 anos)</i>	64	42,7	6,28	4,34
<i>Idosa (60 ou mais anos)</i>	19	51,4	7,10	5,13
Renda Pessoal				
<i>Não Informada</i>	2	40,0	5,71	4,14

<i>0 a 1/4 SM</i>	40	37,4	6,53	3,85
<i>Maior que 1/4 até 1/2 SM</i>	20	48,8	6,44	4,92
<i>Maior que 1/2 até 1 SM</i>	36	46,8	4,72	4,43
<i>Maior que 1 até 1 e 1/2 SM</i>	6	24,0	6,14	3,62
<i>Maior que 1 e 1/2 SM</i>	3	42,9	5,71	4,14
Escolaridade				
<i>Nunca estudou</i>	7	53,8	7,92	4,36
<i>Até 5 anos (ensino fundamental incompleto)</i>	38	43,7	6,27	4,84
<i>De 6 a 9 anos (ensino fundamental completo ou incompleto)</i>	24	47,1	6,41	4,7
<i>De 10 a 11 anos (ensino médio incompleto)</i>	13	44,8	6,68	4,18
<i>De 12 anos ou mais (ensino médio completo ou ensino superior)</i>	25	30,5	4,84	3,36
Situação Laboral				
<i>Sem trabalho remunerado</i>	67	43,2	6,16	4,57
<i>Faz Bico</i>	18	40,9	6,25	4,21
<i>Trabalho com carteira assinada/contrato de trabalho</i>	7	41,2	5,47	3,77
<i>Trabalho sem carteira assinada</i>	14	33,3	5,30	3,87
Estado Civil				
<i>Solteira</i>	12	30,8	4,92	4,68
<i>Casada ou mora com companheiro (a)</i>	82	41,6	6,12	4,28
<i>Sepada, divorciada ou desquitada</i>	7	46,7	5,40	3,33
<i>Viúva</i>	6	54,5	8,00	5,25
Nº de Filhos				
<i>Nenhum</i>	10	31,3	4,43	3,78
<i>1 a 2</i>	43	38,7	5,90	4,18
<i>3 a 5</i>	29	40,3	5,97	4,51
<i>6 ou mais</i>	25	53,2	7,21	4,64

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados da relação entre escolaridade e prevalência dos TMC relatam que a população que apresenta maior frequência de TMC são as mulheres que nunca estudaram (53,8%). A análise de correlação de *Spearman* entre as variáveis escolaridade e SRQ total revela que a correlação é negativa e significativa ($r = -0,134$, $p < 0,05$). Outros estudos também apontam uma correlação significativa entre baixa escolaridade e TMC (FARIA *et al.*, 1999; FURTADO *et al.*, 2019; LUCCHESI *et al.*, 2014; SENICATO; AZEVEDO; BARROS *et al.*, 2018; PARREIRA *et al.*, 2017).

É importante compreendermos que a baixa escolaridade e as más condições de vida andam juntos. A maioria das mulheres de baixa escolaridade também são as que apresentam

maiores indicadores de pobreza e estão mais vulneráveis a baixa renda, desemprego e trabalho precarizado. Neste estudo, 56,5% (N=30) das mulheres situadas em pobreza intensa e moderada a intensa, tinham apenas até 5 anos de estudo.

Nas oficinas e entrevistas, muitas mulheres relatam que estudaram poucos anos. Segundo elas, isto ocorreu por diferentes motivos: necessidade de trabalhar, seja na roça, seja nos afazeres domésticos; distância e acesso difícil a rede de ensino formal; e casamento. As mulheres adultas e idosas relatam que durante suas infâncias não tinham as oportunidades de estudo que têm atualmente seus filhos e netos. Carla, durante sua entrevista comenta sobre tal diferença e destaca a importância de estudar:

***Pesquisadora:** E tu me diria que, hoje em dia, estudar é importante por quê? Pra quê que a gente tem que estudar?*

***Carla:** Eu acredito assim pro futuro. Né? O futuro da gente mais na frente. Né? Porque se a gente não aprender nada, num saber fazer nem o nome que nem eu, não tem nada fácil. Né? Porque até pra viajar, você não sabe nem pegar o ônibus direito tem que ir mais uma pessoa que saiba. Ai por isso que eu digo que estudar é mior.*

***Pesquisadora:** Pro futuro e pra poder viver, né?*

***Carla:** Pra poder viver. Pra poder arrumar um trabai [sic]. Até pra arrumar um trabai [sic] tem que ter. Não consegue, né? Ai eu acho que estudando fica mior [sic]. Né?*

(Entrevista Individual Carla)

Para Carla, a importância de estudar está relacionada às questões práticas da vida presente e ao futuro. No dia-a-dia, destaca dificuldades enfrentadas por sujeitos analfabetos e semianalfabetos, em se deslocar através do transporte coletivo e nas limitações de possibilidades de trabalho. Ela também aponta que esta importância está de construir um outro futuro. Assim como ela, muitas participantes sinalizam a possibilidade de construção de uma outra realidade e rompimento dos ciclos de pobreza através do acesso à educação formal.

A aprendizagem envolve um processo de apropriação de objetos culturais historicamente construídos pela humanidade, neste processo de apropriação os sujeitos se modificam a si e à realidade (DUARTE, 2004). Ao negar a possibilidade de acesso à educação formal aos sujeitos, o Estado se isenta das responsabilidades frente ao desenvolvimento de crianças, jovens e adultos e aos processos de apropriação de tais bens culturais (a leitura, a escrita, o conhecimento de leis da matemática, são exemplos disso).

De acordo com Nunes e Rocha (2014), a educação e os processos de aprendizagem interferem no desenvolvimento do sujeito e em sua saúde mental. Se tratando do impacto da educação na saúde mental, primeiramente devemos considerar a importância dessa no processo de apropriação para o desenvolvimento do sujeito, na leitura de si e do mundo (FREIRE, 1989). Os processos de aprendizagem, o desenvolvimento da fala, do pensamento formal, da

capacidade de abstração impactam na forma como os sujeitos significam a si, ao mundo e as suas formas de agir e sentir.

A compreensão crítica do ato de ler, que não se esgota na decodificação pura da palavra escrita ou da linguagem escrita, mas que se antecipa e se alonga na inteligência do mundo. A leitura do mundo precede a leitura da palavra, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade da leitura daquele. Linguagem e realidade se prendem dinamicamente. A compreensão do texto a ser alcançada por sua leitura crítica implica a percepção das relações entre o texto e o contexto.” (FREIRE, 1989, p.11)

Carla (Entrevista Individual) concorda com Paulo Freire quando anuncia que “*estudar ajuda muito. Ajuda, que fica inteligente, tem capacidade de saber o que, como é a vida, né?*”. Isto não quer dizer que os sujeitos analfabetos, que durante as suas histórias foram privados do acesso ao ensino formal, não tenham a capacidade de saber sobre si e o viver. Mas ela percebe que o estudo possibilita aos sujeitos ampliar as possibilidades de leitura da vida e seus processos de significação.

Voltando estritamente para a saúde mental, a educação pode contribuir na ampliação da capacidade do sujeito produzir sentidos sobre si e o vivido. Considerando que o adoecimento na perspectiva histórico-cultural é “a incapacidade de livrar-se de um estado de paralisia e produzir novas coisas, novos sentidos. Sentidos que se encontram intrinsecamente articulados uns aos outros” (NUNES, ROCHA, 2014, p.151). Desse modo, a educação produz efeito nos processos de constituição da saúde-doença, assim como no cuidado em saúde mental.

Outro aspecto que relaciona saúde mental e educação é seu efeito indireto, uma vez que escolaridade tem relação com as possibilidades de obtenção de melhores condições de trabalho e renda (IBGE, 2018). Os resultados da análise da prevalência dos TMC em função da renda pessoal em mulheres demonstram que a faixa de renda pessoal *Maior que ¼ até ½ SM* é a que apresenta maior frequência (48,8%) de pessoas que se situam acima da linha de corte (pontuando 7 ou mais). Percebe-se também que não há grandes oscilações em função da variável renda pessoal. A ANOVA da relação entre SRQ-20 Total e renda pessoal revela que a diferenças entre os grupos não é significativa ($F(4, 252)=1,006, p= 0,405$).

Entretanto baixos rendimentos estão relacionados a aumento da exposição a eventos estressantes (LUDEMIR, MELO-FILHO, 2002). Os discursos das participantes revelam que conviver com privação de renda gera uma série de repercussões nos processos de fragilização, estes estão relacionados a estresse por não ter recursos para pagamento de dívidas, privação alimentar para se e a família, restrição no acesso aos serviços de atenção a saúde, vivência de sentimentos de vergonha e humilhação. As falas que seguem apresentam tal realidade:

Participante 01: *Quem ganha menos adoce mais. Pra mim, eu me acho assim. Pra mim é assim, eu vou me preocupar dentro de casa com a comida, pra não faltar. A comida pra mim comer. Né? [...] Só que aqueles que ganham menos, não dá pra sobreviver. Né? E ainda mais cuidar da nossa doença. É porque não dá mesmo! Pra mim não dá, não. Agora quem ganham muito, ele não tem que se preocupar com a comida, ele quer só luxar. Ele acha que tem tudo, ele quer só luxar, acha que em dinheiro, não tá nem aí.*

Pesquisadora: *E vocês? Também acham que quem ganha menos adoce mais?*

Participante 05: *É, até as comidas é mais fracas. Nem come carne todo dia.*

Participante 04: *Não tem as vitaminas, aquelas coisa, né?*

Participante 03: *A gente se contenta com aquilo ali que tem.*

Participante 04: *Hoje tem só o feijão com arroz. Ai a pessoa tem que responder só com aquilo ali. E hoje nem feijão, por que o feijão tá de 10 reais o litro.*

Participante 02: *Tá de 12 reais.*

Participante 04: *E agora só o arroz.*

(Oficina 02 - Providência)

Marta: *Eu comecei a pedir, eu acho que eu tinha uns 10 anos de idade, eu ia mais a minha vó lá pro General Sampaio. É porque foi no tempo que meu pai não tava trabalhando e nós morava de aluguel, aí eu via que a mãe tava precisando, aí eu botava a vergonha de lado e ia pedir.*

Pesquisadora: *E quem foi que te deu a ideia de ir?*

Marta: *Minha vó.*

Pesquisadora: *Tua avó?*

Marta: *A minha vó que me chamou pra pedir.*

Pesquisadora: *E ela já tinha pedido antes, a tua avó?*

Marta: *A minha avó nasceu pedindo esmola.*

(MARTA, Entrevista Individual)

Ana: *Ah, eu acho ruim. Né? Por que às vezes num tem o que comer e também não tem com o que comprar, né.*

Pesquisadora: *E como é que tu faz quando não tem o que comer?*

Ana: *Eu não peço não. Às vezes [...]. Eu num peço, não, nada a ninguém, não. Por que o pessoal é muito falador, aí eu não peço não. Teve um dia que eu tinha o leite ninho e um pouquinho de arroz, aí eu fiz, aí a menina veio e almoçou, aí se eu comesse o arroz também, num ia dar pra nós jantar. Aí eu passei o dia com fome, deixei o arroz pra ela, pra ela jantar. [voz embargada] Eu acho muito ruim.*

(ANA, Entrevista Individual)

Nos discursos podemos observar que a privação alimentar em decorrência da falta de recursos financeiros é presente na vida das mulheres participantes do estudo. Algumas das participantes relatam experiências de fome. Estudos têm encontrado associação entre insegurança alimentar da mulher e domiciliar e sofrimento psíquico (KHAN; FLORA, 2017; MAYNARD *et al.*, 2018). Considerando o contexto do estudo, sertão cearense, não podemos desprezar a possibilidade da privação alimentar estar relacionada ao fenômeno da seca, que é capaz de gerar intenso sofrimento psíquico (FAVERO, 2012), vulnerabiliza os sujeitos em diversos aspectos, pois afeta a atividade produtiva do agricultor, desencadeia sentimentos de insegurança em relação ao futuro, tristeza e desânimo (XIMENES *et al.*, 2017).

Outra variável sociodemográfica importante de ser estudada, que tem influência na saúde mental é o trabalho remunerado. Os resultados da Tabela 17 mostram que as mulheres que não estão exercendo nenhuma atividade laborativa são as que apresentam maior prevalência

de TMC (43,2%). Realizando a Análise de Variância para a comparação das médias do SRQ-20 em função da variável situação laboral, os resultados apontam que as maiores médias são apresentadas para os grupos: faz bico (M=6,25; DP=4,21) e não trabalha (M=6,16; DP=4,57), seguidos de Trabalha com carteira assinada/contrato de trabalho (M=5,47; DP=3,77) e Trabalha sem carteira assinada (M=5,30; DP=3,87). Tal diferença não é significativa [F(3, 254)=0,554, $p=0,646$].

Senicato, Azevedo e Barros (2018) consideram que o trabalho remunerado é capaz de contribuir para os processos de saúde das mulheres, uma vez que possibilita além da renda e ocupação, uma maior autonomia e poder de decisão, o que contribui para a autoestima e confiança. Autonomia que se expressa inclusive na opção de continuar ou não no casamento. A fala de uma das participantes da oficina 01 da Serrota retrata bem esta relação entre trabalho e autonomia da mulher:

Se quiser levar, pode levar [falando da possibilidade de outra mulher se envolver com o esposo] que eu enrolo até num papelzin de presente! (risos) Ora mais, passou-se o ano que eu era besta, sabe porque, porque eu todo dia trabalho, eu não dependo de homem, porque graças a Deus eu me criei trabalhando. Já passei um pouquinho assim de fome, mas ô aqui agora, né? Mas toda vida trabalhei. (Oficina 01 - Serrota)

Entretanto ao discutirmos a questão do trabalho remunerado para as mulheres, não podemos desconectar tal questão da dupla jornada feminina, assim como a precária inserção das mulheres no mundo do trabalho. Ao considerarmos as mulheres em condições de pobreza, estas historicamente têm sido expostas a péssimas condições de trabalho (COSTA, DIMENSTEIN, LEITE, 2014), subtrabalhos, informalidade, intensas jornadas de trabalho e péssimas remunerações. Soma-se a isto, a intensa jornada de trabalho doméstico a qual estão submetidas. Estudo realizado por Santana, Loomins e Newman (2001), com mulheres baianas que vivem em pobreza, aponta uma relação entre alta carga laboral e mais de dez horas de trabalho diário ao desenvolvimento dos TMC.

Durante as oficinas e entrevistas as mulheres relataram as dificuldades vividas em torno da questão do trabalho, como: desemprego, dificuldades no trabalho agrícola, os bicos que fazem para geral alguma renda, o desafio de conciliar trabalho e criação dos filhos pequenos.

Participante 01: *Se depender do trabalho, todo mundo tem coragem de trabalhar. Agora, tem que ter o trabalho. Porque tem coragem de trabalhar, você sente vontade de trabalhar, mas num tem o trabalho, aí você vai fazer o que? Só tem no inverno, né, pra pessoa se rebolar de um lado pro outro, faz tudo. O inverno é uma riqueza. É que nem o meu caso, eu não bordo, nunca aprendi. O que eu sei fazer mesmo, é cuidar da minha casa. Aí no inverno eu faço um roçadinho, eu limpo. Quando é no tempo de*

colheita, de apanhar, eu apanho. Aí quando aparece, assim, umas roupinhas que às vezes o pessoal oferece: - quer lavar umas roupinhas que eu te pago? Eu lavo! A minha vida é assim!

Participante 03: É, negrada, pra nós é assim: um sertão desse aqui ... É menina, é sofrido! Mesmo que você tenha coragem de trabalhar, você não trabalha. Quando uma pessoa chama a gente pra trabalhar, a boca da pessoa: - eu pago 60 reais, pago 59 reais. O que é que uma mulher dessa faz com 50 reais, com 2 filhos? Socorre você naquele um momento, só dois, só um dia só. Você enche o bucho das duas crianças e o resto? Porque eu tenho certeza que uma pessoa que ganha o que pode pra passar 5 ou 6 pessoas ali, ele não passa não, minha filha.

(Oficina 02 - Providencia)

Participante 01: Porque no meu ver, pra mim, não só pra mim, né, mas pra todas nós aqui, existe muita falta de emprego pras mulheres do nosso município. Devido às coisas assim. A gente não tem com quem deixar as crianças, mas principalmente também com relação ao próprio empregador. Muitos deles não quer aceitar. Pronto, até mesmo numa empresa de carteira assinada, a primeira coisa que eles perguntam é quantos filhos você tem, até pelo simples fato de não apoiar com criança, alguma coisa assim. E no momento, o que eu tô precisando realmente é de um, por isso que quando eu vi ali, eu digo, é aquilo mesmo que eu tô precisando.

(Oficina Serrota 01)

O desemprego estrutural afeta a homens e mulheres, no contexto rural esta questão se faz contundente. No entanto, são as mulheres as mais atingidas pelo desemprego estrutural e pela precarização do trabalho, mais expostas a informalidade e baixas remunerações (FIGUEIREDO; NASCIMENTO, 2015).

Considerando a variável número de filhos, quanto maior a quantidade de filhos, maior a prevalência do TMC (Tabela 18). Realizando a ANOVA da relação entre a variável dependente média do SRQ-20 Total e variável independente número de filhos, observamos que as médias do SRQ aumentam em função do número de filho. Esta diferença é significativa [$F(3, 258) = 2,65, p=0,049$]. As médias se comportam de forma crescente, na qual quanto maior a quantidade de filhos, maior quantidade de sintomas de TMC serão apresentados. A Tabela 18 apresenta o *Test Post Hoc de Bonferroni* que apresenta que a diferença é significativa entre as médias dos grupos de mulheres sem filhos e com 6 ou mais filhos.

Tabela 18 - Test *Post Hoc Bonferroni* -variável dependente SRQ-Total e variável independente nº de filhos

Nº de filhos	Nº de filhos	Diferença média	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Nenhum	1 a 2	-1,47	0,86	0,54	-3,77	0,82
	3 a 5	-1,53	0,91	0,57	-3,97	0,90
	6 ou mais	-2,77*	0,98	0,03	-5,40	-0,14
1 a 2	Nenhum	1,47	0,86	0,54	-,82	3,77
	3 a 5	-0,06	0,65	1,00	-1,79	1,67
	6 ou mais	-1,30	0,75	0,50	-3,29	0,69
3 a 5	Nenhum	1,53	0,91	0,57	-,90	3,97
	1 a 2	0,06	0,65	1,00	-1,67	1,79

	6 ou mais	-1,24	0,80	0,75	-3,39	0,91
6 ou mais	Nenhum	2,77*	0,98	0,03	0,14	5,40
	1 a 2	1,30	0,75	0,50	-0,69	3,29
	3 a 5	1,24	0,80	0,75	-0,91	3,39

* A diferença média é significativa no nível 0.05.

Fonte: Elaborado pela autora.

O perfil das mulheres que possuem 6 ou mais filhos (N=53) é: possui até 5 anos de estudos (81%, N=43), tem renda pessoal de ½ a 1 salário mínimo, é idosa (50,9%, N=27) ou adulta (49,1%, N= 26), casada (67,9%, N=36) e não possui trabalho remunerado (77,4%, N=41). A partir destes dados podemos constatar que a baixa escolaridade, a baixa renda e o desemprego fazem parte da história destas mulheres. Os indicadores sociais indicam quanto maior o grau de escolaridade das mulheres, menor a quantidade de filhos (IBGEb, 2018). Podemos problematizar se há uma relação entre maior quantidade de filhos e maior sobrecarga de trabalho, uma vez que, como discutido anteriormente, culturalmente o cuidado da família é considerado responsabilidade feminina.

Os dados qualitativos revelam que ao falarem dos filhos as mulheres se posicionam como responsáveis por eles, pelo seu cuidado e defesa. Relatam preocupações, mas também os veem como parceiros, com quem compartilham e dividem as atividades domésticas, como fonte de apoio). Além disso, relata uma das mulheres da Serrota, a maternidade significou uma possibilitou a ressignificação de si:

[...] antes de eu ter ela, eu era meio desmantelada réa [sic]. Eu vivia bebendo, andava nos carro aí, levantava pneu no mei da pista. Me mandava no mei do mundo! Se não fosse essas duas menina [refere-se às filhas] pra aparecer na minha vida, eu acho que já era uma mulher morta (Oficina 01- Serrota).

Ao considerarmos a variável estado civil, as mulheres solteiras apresentam menor prevalência de TMC. Analisando os resultados do SRQ-20, em função dos diferentes estados civis, observa-se que as maiores médias estarão entre as mulheres viúvas (M=8; DP=5,25) e as casadas/união estável (M=6,12; DP=4,28), seguido das separadas/divorciadas (M=5,40; DP=3,33) e solteiras (M=4,92; DP=4,68). A análise ANOVA da variável dependente SRQ-20 Total em função do estado civil, mostra que a diferença não é significativa (F(3, 261)= 1,726, $p=0,162$).

Algumas mulheres relatam histórico de uma série de problemáticas vividas nos relacionamentos afetivos: abandono na criação dos filhos, vivência de violência, contato com problemáticas decorrente o uso abusivo de drogas, infidelidade, autoritarismo. Vivências geradoras de sofrimento que, em alguns casos as levaram a separação. Algumas relatam ter um companheiro, com quem dividem a vida e o cuidado com a família. Na oficina 02 da Serrota, quando indagadas sobre se já tinha vivenciado a fome e porque entendiam que isso existia, duas participantes relacionam isso ao comportamento do homem na família.

Participante 12: Não, mas também tem casa, assim, família que passa fome por causa de um marido sim, também. Porque tem marido que trabalha e em vez de botar comida dentro de casa, vai dar pra sustentar o filho e a esposa? Não. Vai esbanjar com cachaça, com rapariga por aí, com a droga. Né? Ai tem sim casa, assim, que passa fome também por causa, justamente, por causa do marido. O marido não bota dentro de casa.

Participante 13: O pai dos meus filhos era assim. Se ele pegasse 40 conto, era 10 pra dentro de casa e 30 pra droga. Ali ele interava 20 conto ou 15 conto com cachaça e os outros 15 conto ele lá no Pentecoste, trazia as muquequinha de maconha aqui e botava meus meninos pra vender por 10 centavo. Ali pra ele era o alimento dele. E pra mulher dele? Era o que? Só se for peia no espinhaço. Né? Porque ele sabia dar. Mulher, o que eu era antes eu não sou hoje não, porque o que eu era antes eu não nego pra ninguém.

(Oficina 02 - Serrota)

Por outro lado, outras mulheres relatam experiências positivas nos relacionamentos interpessoais e o desejo de terem um companheiro para compartilhar a vida.

Rosa: Até que hoje graças a Deus eu tô com trinta e quatro anos de casada e nunca [...] pra mim não. Ele nunca bateu em mim, nunca deixou eu passar fome. Ninguém vivia bem, passamos fome sim. Na época de criar meu fio [sic] passei sim muita dificuldade, mas também não deixei os meus fio passar necessidade. [...] Ainda tenho coragem de trabalhar ainda. Né? Ele também. Nós vévi [sic] na roça pelejando, mas dá graças a Deus. Vamo em frente! Tamo acabando de criar essa daí [aponta para a filha caçula] Nois não! Deus que ta ajudando nois!

(Entrevista Individual)

Lúcia: Eu queria mesmo era um companheiro pra dá certo. É o sonho da minha vida! Apesar de ser sozinha e não ter ninguém por mim eu não gosto muito de ficar sozinha não. Muito tempo não. A famia não ajuda muito eu não. Teve um a vez aqui ó que eu passei foi dia doente, não vei um vivente aqui da minha familia saber se eu tava precisando de um remédio [...] Ai eu acho que isso se torna mais fácil com um companheiro. Porque me ajuda muito. Que nem eu tô com ele aí [aponta para o atual companheiro]. Quando eu quero resolver um problema em Pentecoste, vou pra secretaria, ele pede a moto do pai dele e nós vamo. Ou então ás vez as menina...

(Entrevista Individual)

Costa, Dimenstein e Leite (2014), a partir de estudo realizado com mulheres de assentamentos rurais, identificam que o casamento pode significar um aumento das responsabilidades e maior carga de trabalho para as mulheres. Apesar da expectativa que ao casar as responsabilidades e trabalho poderão ser compartilhados, isto, por vezes não é realidade. Parreira *et al.* (2017), relacionam tipo de convivência como o companheiro e repercussões na saúde mental, se boa, repercute positivamente, se má, com presença de conflitos, negativamente. Os autores relacionam este fenômeno ao aumento do sofrimento psíquico de mulheres. O casamento pode também representar uma maior vulnerabilização à violência de gênero.

Análise em função da faixa etária, agrupando a amostra em jovem (18 a 29 anos), adulta (30 a 59 anos) e idosa (60 anos ou mais), revela que estas últimas apresentam maior

prevalência de TMC e as jovens a menor (Tabela 17). A diferença das médias em função da faixa etária, segundo ANOVA, é estatisticamente significativa $F(2, 259) = 4,41, p=0,013$. O *Test Post Hoc de Bonferroni* aponta que a diferença não será significativa apenas entre adultas e idosas ($p = 0,897$), sendo estatisticamente significativa a diferença entre jovens e adultas ($p=0,048$) e jovens e idosas ($p = 0,025$). Outros estudos vão ao encontro deste resultado, pois também apontam as mulheres idosas como mais vulneráveis aos TMC (FURTADO *et al.*, 2019; KHAN; FLORA, 2017; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Considerando a totalidade das variáveis discutidas até o momento, podemos constatar que a vida em um contexto de diversas privações, somado a cultura patriarcal que perpetua desigualdades de gênero, influi nos processos de saúde e sofrimento psíquico de mulheres rurais, favorecendo ao desencadear de problemáticas em saúde mental. As diversas vulnerabilidades constituem o fenômeno da pobreza de mulheres em uma perspectiva multidimensional e interseccional.

4.3.3 Pobreza Multidimensional e cuidado em saúde mental

Ao analisarmos os resultados do SRQ-Total em função dos quartis de pobreza (Tabela 19), observamos que as mulheres em pobreza multidimensional moderada a intensa e intensa apresentam maior prevalência de TMC. A realização da ANOVA de uma via mostrou que há efeito da Pobreza Multidimensional sobre o TMC [$F(3, 122) = 4,18, p=0,007$]. O *Test Post Hoc de Bonferroni* indica que a média do SRQ-20 Total é estatisticamente diferentes entre os grupos de pobreza franca a moderada e pobreza moderada a intensa ($p=0,041$); e pobreza fraca a moderada e pobreza intensa ($p= 0,038$).

Tabela 19 - Resultado SRQ-20 Total de mulheres em pobreza multidimensional

Pobreza Multidimensional	N	Média	Desvio Padrão
Fraca	14	5,2143	3,82660
Fraca a Moderada	61	5,1148	3,62445
Moderada a Intensa	41	7,2195	3,96555
Intensa	10	8,7000	5,05635

Fonte: Elaborado pela autora

A pobreza, como apresentado no Capítulo 03, é um fenômeno multidimensional que envolve desde aspectos de ordem material como acesso a bens e serviços, como também aspectos simbólicos e relacionais. Os significados socialmente construídos sobre os pobres e a

pobreza influenciam na vivência dos sujeitos que se encontram em contextos de privação. O contato com as mulheres participantes do estudo e suas histórias de vida, nos permitiu acessar o quanto suas vivências são singulares, mas socialmente construídas e, por isso, situadas e constituídas em uma determinada época e espaço.

As mulheres mais idosas retratam a pobreza atual como mais branda, quando comparada a suas infâncias. Período qualificado como de intenso sofrimento. Uma senhora afirma: “*A gente sofreu muito! Isso daí fez parte da minha vida [se referindo ao documentário Severinas], tudo isso daí. Se eu não tivesse tomado um Diazepan antes de sair de casa, eu com certeza eu tava muito cheia de emoção. Viu?*” (Oficina 01, Providência). Relatam vivência de trabalho infantil, seca, privação de alimentos, de vestimentas.

[...] eu fui criada praticamente assim. Sem estudo, sem uma vida boa, né? Porque hoje a gente não vai dizer que a vida é boa não, mas a vida melhor ela é. Porque no tempo que eu era da idade daquela menina que passou dizendo que não queria filho, porque não queria seguir o exemplo da mãe dela [cena do documentário Severinas]. Naquela época ali eu só tinha, tinha uns 13 anos. E a minha vida era vida de, de sofrida, de calçar uma chinela do cabresto de uma cor e outra doutra. Andava com a roupa das amiga emprestada, porque eu não tinha quem me desse. E a minha vida só era dentro do roçado carregando madeira. (...) de casa pro carro comprar. Água que era bom não tinha, ia buscar nos açude, igual aquela mulher mesmo, com o balde na cabeça.

(Oficina 02 - Serrota)

São histórias de sofrimento e luta pela sobrevivência. A história desta senhora é a de muitas outras sertanejas marcadas pela fome e miséria. A luta pela garantia dos direitos humanos, pela implantação de políticas sociais que garantam o acesso a educação, trabalho, moradia, saúde, transporte, significa, também, lutar pela saúde mental. A base da saúde mental de um povo deve ser situada na “existência das relações humanizadoras, de vínculos coletivos nos quais e pelos quais a se afirma a humanidade pessoal de cada um e não se nega a realidade de ninguém” (MARTÍN-BARÓ, 2017). Como nos aponta Martín-Baró (2017), a construção de uma sociedade mais justa e melhor, não é por princípio um problema de saúde mental, não apenas econômico e político.

O desencadear das crises de “nervosismo”, vivenciadas pelas mulheres, comumente foi associado a problemas familiares relacionados ao uso de bebida e drogas pelos filhos, maridos ou sobrinhos, a falta de dinheiro para alimentação da família e uma vida mais autônoma, o falecimento de algum familiar, a vivência da violência de gênero. A pobreza expõe as mulheres a um cotidiano muito duro, de privações em diferentes âmbitos que se sobrepõem e as fragilizam. Neste contexto, há uma constante exposição a estressores, a eventos de vida estressantes (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003), ao estresse continuado (GÓIS, 2008).

A análise do *Test t* para amostras independentes revela que a média do SRQ-Total das mulheres em função do Recebimento do Bolsa Família não apresenta diferença significativa ($t(259) = 0,26, p=0,98$). A Tabela 20 apresenta a correlação de *Pearson* entre o SRQ-Total o IPM. A partir dela podemos constatar que a correlação é positiva e significativa entre as variáveis TMC e IPM-Saúde, TMC e IPM-Habitação, TMC e IPM-Aspectos Psicossociais e TMC e IPM Total. Sendo positiva e não significativa entre TMC e IPM Educação. E negativa e não significativa entre TMC e IPM Trabalho e Renda.

Tabela 20 - Correlação de *Pearson* entre SRQ-Total e IPM

Variáveis correlacionadas		r de Pearson	Sig (bilateral)	N
SRQ- Total	IPM Saúde	0,378**	0,000	245
	IPM Educação	0,051	0,422	251
	IPM Habitação	0,154*	0,016	243
	IPM Trabalho e Renda	-0,010	0,874	247
	IPM Aspectos Psicossociais	0,338**	0,000	138
	IPM TOTAL	0,302**	0,001	126

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A habitação está relacionada à qualidade da moradia, no que se trata dos materiais que esta é construída, assim como se possui sistema de escoamento dos dejetos adequado, entre outras questões. Podemos perceber na fala das entrevistadas o quanto a qualidade da moradia tem importância para elas, algumas falam de sonhos relacionados a possuir uma moradia digna:

Pesquisadora: *Carla, você tem algum sonho? Vontade de fazer alguma coisa?*

Carla: *Sim, o que eu tenho vontade e ter uma casa boa, porque essa minha casa aqui é de taipa e tá muito acabadinha. É o que eu tenho vontade de possuir. É uma casinha até mais ou menos...porque eu nunca morei em casa boa. Desde o tempo que eu construí minha família que a gente só vive aqui.*

(CARLA, Entrevista Individual)

A casa é além do lugar físico, mas antes de tudo um lugar simbólico que representa proteção, identificação, onde registramos nossas memórias, que nos representa. Através da casa nos apresentamos. Há uma relação entre moradia e saúde, na qual uma maior satisfação com a moradia e as adequadas condições habitacionais são capazes de influenciar no bem-estar e na satisfação com a vida (PASTERNAK, 2016)

O IPM-Aspectos psicossociais contempla itens que valiam os impactos da pobreza em aspectos relacionais, explorando aspectos próprios aos processos interpessoais e simbólicos da vida das participantes. Autopercepção, satisfação com a vida, vivência de rejeição e humilhação, apoio social formal, quantidade de crianças na moradia, divisão das atividades

domésticas e poder no contexto doméstico, são os fatores investigados neste índice. Desse modo, quanto mais frequente for a insatisfação com a vida, a identificação de experiência de humilhação e rejeição, frágil rede de apoio social e sobrecarga doméstica e desigualdades nas relações de poder, maior a vulnerabilização ao sofrimento.

Os dados qualitativos evidenciam sofrimentos vividos em decorrência da vergonha por ter que pedir esmola, comida ou dinheiro e pela roupa que estava vestida, em decorrência da privação de alimento, das relações abusivas vividas, da preocupação com os filhos e seu futuro, entre outros. Algumas relatam sentimentos de tristeza por passar por algumas privações. Marta (Entrevista Individual), fala da vivência de pedir esmola:

***Pesquisadora:** E como era pedir esmola na rua?*

***Marta:** Sei lá, era muito humilhante. Os pessoal às vezes não queria dar. Ai tinha uns que dava. Né? Compreendia, mas aí dizia: "essa jovem..."aliás, nem era jovem que eles me chamavam, que modi [sic] o sol eu ia com a blusa comprida e calça com aí eles pensavam que eu era até menino macho: - esse jovem, os filhos vão nascer tudim [sic] pedindo esmola, também. Ai doía! Né? Assim, porque andar naquele sol quente aí que piorava minha dor de cabeça mesmo. Ai a mãe resolveu: - Quer saber? Não vai mais pedir esmola não, que Deus preparou tudo pra nós.*

A exclusão social, a discriminação e a rejeição desencadeiam sentimentos de vergonha e humilhação nas pessoas em situação de pobreza, sendo uma forte marca da desigualdade social na vida destes sujeitos (ESTANISLAU *et al.*, 2018; ZAVALETA, 2007). Esta marca repercute nas formas que os sujeitos se posicionam e se relacionam socialmente. Uma sociedade que eminentemente individualista e meritocrática, que naturaliza a questão da pobreza tende a discriminar os sujeitos nesta condição e perpetuar desigualdades historicamente construídas. Um dos efeitos disso é o crescimento dos casos de sofrimento psíquico, a partir da intensificação dos afetos tristes e de padecimento, promovidos por um sofrimento de ordem ético-política. Tal relação, das ameaças oriundas da desigualdade social e com as respostas afetivas desencadeadas, que tendem ao padecimento, tristeza, angústia, paralisia, compõem um processo psicológico político potente à reprodução desta desigualdade social (SAWAIA, 2014; 2009).

Assim como mencionado por Marta, muitas outras mulheres afirmaram sentir dores de cabeça frequente. Considerando a amostra de mulheres de Pentecoste participante do estudo, 48,5% (N=132) relatam “*ter dores de cabeça frequentes*”. Comumente os sofrimentos psíquicos se expressam através de somatizações no corpo (OMS, 2008). Deste modo, experiências de ansiedade podem se expressar através de um nó no estômago ou como palmas das mãos suadas a depressão como cansaço físico exacerbado, fadiga intensa, lentidão e dores

de cabeça e corpo (OMS, 2008). Queixas estas que se expressam de forma difusa e que frequentemente não são consideradas como legítimas por profissionais de saúde.

É frequente na atenção dos serviços de saúde, em especial na atenção primária, queixas somáticas inespecíficas (FONSECA, 2008). Valla (2000) nomeia tais queixas como sofrimento difuso, que se caracteriza por queixas somáticas inespecíficas (dores de cabeça e no corpo, mal-estar generalizado, insônia, problemas gástricos), nervosismo e desânimo (FONSECA, 2008; SAVI, 2010). Apontam os autores que a expressão de tal sofrimento é frequente entre as classes populares, em decorrência da exposição à pobreza, violência e ao mal-estar social. Destacam ainda, que pela dificuldade de classificação diagnóstica de tais queixas, a medicalização frequentemente é via mais usual de tratamento.

No que concerne aos recursos de cuidado em saúde mental que as mulheres recorriam, foi muito frequente o uso de medicamentos. As mulheres relatam o uso constante de medicamentos e, por vezes, sem acompanhamento adequado.

Participante 05: Eu não tenho muita saúde.

Pesquisadora: Não?

Participante 05: Não, não sei qual é o problema não. Porque eu tomo remédio controlado.

Pesquisadora: Toma remédio controlado faz tempo?

Participante 05: Não.

Pesquisadora: Faz quanto tempo?

Participante 05: Tá numa faixa assim... Faz mais de ano.

Pesquisadora: E começou a tomar por quê?

Participante 05: Só que foi assim, uns diz que é problema de nervo. Num sei. Né? Que foi desde o tempo que meu pai faleceu que eu fiquei desmaiando.

Pesquisadora: Foi?

Participante 05: Foi. Aí de lá pra cá eu não posso ter avexame [sic] de jeito nenhum que eu desmaio. Né? Aí toma esses comprimido. Se eu tiver, inté [sic] quanto eu tomo o comprimido que não passa aquela reação do comprimido, eu não sinto nada. Mas passou que seja, eu sinto. Né? Mas eu pra mim é assim, se eu não saber de nada da minha família ou qualquer pessoa assim que eu gosto muito, eu não sinto nada, mas pouco instante eu sei, aí eu já sinto.

(Oficina 02 - Providência)

Pesquisadora: 2 anos? Quem foi que passou esse remédio pra ti?

Marta: Doutora Sílvia.

Pesquisadora: E de onde é essa doutora?

Marta: Lá do Pentecoste.

Pesquisadora: Do CAPS ou do posto?

Marta: Do CAPS.

Pesquisadora: Do CAPS? Aí tu vai para consulta com ela todo mês, como é?

Marta: Eu num tô indo mais não, pra lá.

Pesquisadora: E como é que tu tem o remédio? Quem é que passa?

Marta: Ela disse que eu podia ficar renovando a receita no posto, aí eu tô renovando agora no postinho.

(MARTA, Entrevista Individual)

Assim como em outros contextos rurais pesquisados (LUZIO; LABATTE, 2009; SILVA *et al.*, 2019; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017), a falta de acesso a serviços de cuidado em saúde mental e atenção centrada no medicamento, também é realidade. Estudos apontam que são receitados ansiolíticos para mulheres duas vezes mais que para homens (MENDONÇA *et al.*, 2008, RABELO, 2011). Rabelo e Araújo (2013) discutem a prescrição de benzodiazepínicos como um recurso de silenciamento do sofrimento vivido por mulheres. Silenciamento de suas dores, conflitos familiares, dificuldades econômicas, de seus mal-estares vividos cotidianamente.

O CAPS de referência localiza-se na sede municipal, distante das comunidades onde vivem e de difícil e caro acesso. O custo para o deslocamento semanal ou quinzenal para acessar ao serviço é algo fora das possibilidades monetárias das participantes e nem sempre a prefeitura disponibiliza veículo para leva-las até o serviço. 33,5% (N=90) das mulheres relataram ter deixado de utilizar os serviços de saúde por não ter dinheiro para pagar o transporte.

Participante 03: Eu fui me confessar, o padre me disse que, eu passei quase uma hora no pé do padre chorando, nem falar conseguia. Me dá uma crise de choro, pronto. Natal e Ano Novo pra mim, é o tempo todo chorando. Não tenho pai, nem mãe. O padre mandou eu procurar um psicólogo porque isso aí é trauma de criança. Mas eu, daqui pra Pentecoste precisa de carro. Né? E essas coisas só faz mais dia de quinta-feira, quando não tem carro pra ter, aí eu nem procuro. Espero passar e pronto.

(Oficina 02 - Providência)

As estratégias de cuidado desenvolvidas pelas mulheres relacionam-se a recorrer rede apoio social disponível, em especial a informal, devido a fragilidade da presença do apoio formal, através das políticas públicas²⁵. Outro recurso utilizado é o uso de medicamentos caseiros.

Pesquisadora: É? Qual o remedinho que toma?

Participante 01: Eu faço chá de alho. Esse alivia. Né?

Pesquisadora: E fica boa com chá? A senhora melhora?

Participante 01: Fico. Chá de alho, chá de erva-doce.

Participante 02: Melhor que tem é chá, por que remédio tem que ir no posto, se consultar. Não tem os remédios. Só sai com a receita na mão. Às vezes não tem condições de comprar, aí é melhor é fazer essas coisinhas em casa mesmo. Né? Com alho, eu gosto. Faço com casca de laranja... É assim.

(Oficina 02, Providência)

Outra estratégia de cuidado explorada durante as entrevistas e oficinas foi o lazer e horas livres para o autocuidado. Muitas respondem não ter tempo para si e não almejam isso, outras relatam sair com as amigas, ir para a igreja, ir para casa de familiares, cuidar da beleza.

²⁵ Temática explorada no Capítulo 05 “Redes de apoio social de mulheres em contextos de pobreza rural”.

Pesquisadora: *E eu fico me perguntando aqui, vocês têm tempo só pra cuidar de vocês?*

Várias mulheres simultaneamente: *Não.*

Participante 2: *De jeito nenhum.*

Participante 3: *Tenho não, mas eu arranjo.*

Participante 6: *Eu também.*

Participante 7: *Antes ela [se referindo a uma das participantes] ia baixar a cabeça, com pouco ela ia chorar, pensar, derramar a lágrima dos olhos, porque ela nunca foi mulher de se arrumar pra ficar bonita, sabe? Aí eu chegava pra ela e dizia assim: "Mulher, deixa de ser abestada, mulher, vai lá no cabeleireiro, ajeitar esse teu cabelo, trocar essa roupa, vai botar um salto nos pés [...] Aí quando ela ficava toda bonitona. Né? Lá se vinha um bichim [sic]: - Ei, bichinha! Tá só a gatinha, ó!*

(Oficina 01, Serrota)

Pesquisadora: *E pra ti, o que que tu tem vontade pra ti? Pra Carla sem falar dos filhos, sem falar do marido?*

Carla: *Pra mim? Minha vida é essa mesmo. Não tenho vontade de ter coisa boa, não. Porque você sabe...*

(CARLA, Entrevista Individual)

Enquanto umas não conseguem ter um tempo para si, para seu autocuidado, outras dizem que mesmo frente às demandas diárias encontram tempo para si. Retomando a reflexão de Zanello (2017, 2016) sobre os dispositivos materno e amoroso, podemos considerar que, para uma mulher estabelecer como questão importante o autocuidado e a realização de atividades prazerosas, é ir na contramão do culturalmente aceito. Pois a valoração destas tradicionalmente se dá por meio da sua capacidade de entrega ao cuidado de um terceiro. Neste jogo, o cuidado pessoal não é algo a ser valorizado, pois antes deve si, para uma mulher, deve vir a família.

Quando indagadas sobre o lazer e os prazeres da vida, algumas relacionam o lazer ao cuidado de casa, a agricultura, demonstram alegria por puder cuidar da terra e plantar. Dançar a ir visitar amigas e parentes também foi relatado. Uma das participantes das oficinas fala: *"Negrada, o tempo, quem faz é nós. Porque se eu disser assim: - Hoje eu vou pra Lucineide [uma amiga]. Se eu disser, hoje eu vou pra Marineide, eu vou"*. (Oficina 03, Serrota). Discurso que fala a partir de um lugar de reconhecimento de si como alguém com direitos e autonomia.

Assim, constatamos que as condições e os modos de vida são influentes na constituição da saúde mental das mulheres. Pensar estratégias de cuidado neste âmbito implica propor implantação de políticas intersetoriais que atuem na constituição de uma melhor qualidade de vida para as mulheres. Considerando desde a ampliação do acesso a bens e serviços, trabalho, até o enfrentamento da violência e discussão de valores culturais em torno dos gêneros.

5 REDES DE APOIO SOCIAL DE MULHERES EM CONTEXTOS DE POBREZA RURAL

Este capítulo tem por objetivo identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza, a partir dos dados qualitativos construídos nas oficinas e entrevistas individuais realizadas em Pentecoste-CE. Sua importância deve-se ao fato de compreendermos que ademais de estudarmos as implicações psicossociais da pobreza em mulheres, com destaque aos processos de opressão e fragilização dos sujeitos que ocorrem em contextos de privação socioeconômica, estigmatização e desigualdade social, faz-se igualmente relevante que investiguemos as estratégias de enfrentamento e resistência construídas por sujeitos e coletividades. Deste modo, situamos o apoio social como uma possibilidade de expressão deste enfrentamento.

Consideramos que o enfrentamento é expresso através dos modos de vida, vivenciados de maneira coletiva e singular, que se propõe a transpor as situações adversas. De acordo com Lorena Silva *et al.* (2016, p.294), tal conceito é entendido como “[...] uma possibilidade de ampliar respostas cognitivas, comportamentais e afetivas utilizadas para lidar com o estresse, o sofrimento e a estagnação de situações cotidianas”. Tais estratégias de enfrentamento são propulsoras de mudanças pessoais e coletivas, capazes de produzir transformações na realidade dos sujeitos envolvidos.

Em meio a um contexto de pobreza, no qual há um histórico de ineficiência e fragilização das políticas sociais (SPOSATI, 2013; 2003), no qual as condições elementares de sobrevivência não são garantidas, as populações tendem a desenvolver ações coletivas e individuais para superar as dificuldades vividas. Ao considerar tais estratégias de enfrentamento à pobreza, estudos têm apontado para a relevância das relações sociais e para a articulação de uma rede de apoio social, uma vez que esta se configura como potente à minimização do impacto do estresse cotidiano e possibilita aos sujeitos recursos materiais, instrumentais e afetivos para lidar com as dificuldades diárias (LEVER; MARTINEZ, 2007). Pesquisas e a atuação em contextos de pobreza têm nos mostrados que quando há a possibilidade de articular e acionar uma rede de apoio social, é possível aos sujeitos minimizar problemas como a fome, a falta de recurso financeiro, problemáticas ambientais como seca, inundações e queimadas, ausência de um lugar para morar, além de permitir um suporte afetivo frente aos sofrimentos vividos (NEPOMUCENO; SILVA; XIMENES, 2016; XIMENES; CIDADE; NEPOMUCENO, 2015).

Para Garcia (2007, p. 37), as estratégias de enfrentamento resultam das “contínuas reavaliações que são produzidas através do processo de interação indivíduo-entorno e das mudanças que se produzem em cada uma das situações e no sujeito”. Este processo é capaz de promover efeitos nos sujeitos envolvidos e no meio social no qual estes participam, produzindo simultaneamente respostas adaptativas e/ou transformadoras. Consideramos aqui adaptativo quando prepondera um ajustamento do sujeito para se adequar às solicitações da realidade social e transformadoras quando prevalecem ações nas quais o sujeito desempenha ações que visam mudanças da realidade, o que implica também uma modificação pessoal. Fugindo de uma leitura dicotômica da relação sujeito-sociedade, consideramos que nos dois casos, há efeitos de mudança individuais e sociais.

Ademais de importante elemento de enfrentamento à pobreza, o apoio social tem se apresentado como fator protetivo à saúde (FRANÇA *et al.*, 2018; NEPOMUCENO, 2013). Lacerda e Valla (2005) e Valla (2000; 2002) destacam a importância das redes de apoio social ao enfrentamento dos problemas de saúde para as classes populares. Portanto, podemos considerar a importância de uma rede de apoio social no processo de superação das adversidades da pobreza, assim como um elemento protetivo à saúde mental.

Estudar tal temática, se faz importante na medida em que ao mesmo tempo que vivemos uma sociedade que apresenta significativos indicadores de sofrimento psíquico (OMS, 2018), além de importantes indicadores de pobreza e exclusão social (PNUD, 2017), estudos têm mostrado o poder das relações e laços sociais na melhoria da qualidade de vida. Entretanto, também observamos, em especial nos grandes centros urbanos, uma crescente fragilização dos laços sociais e exacerbação do individualismo (BAUMAN, 2001) e um conseqüente enfraquecimento das redes de apoio social.

Sobre a fragilidade dos laços sociais e de solidariedade na atualidade, Eliane Silva *et al.* (2016, p. 263) destacam que isto se relaciona fortemente aos modos de subjetivação da contemporaneidade caracterizados pelo individualismo exacerbado e hedonismo, resultando na constituição de relações interpessoais fragilizadas e solúveis. Segundo Yunes e Juliano (2016), vive-se uma era da descartabilidade relacional, o que fortalece os processos de isolamento e exclusão social, na qual “as redes de apoio social e afetiva estão afetadas, transformando-se ao longo da história e desestabilizando o tecido social na sua geometria e forma de coesão” (YUNES; JULIANO, 2016, p.218)

Segundo Andrade e Vaitsman (2002), a fragilidade de vínculos sociais constitui-se como fator de risco à saúde, em especial nos países em desenvolvimento no qual as redes sociais são frequentemente a principal possibilidade de suporte para famílias em situação de

vulnerabilidade social. Deste modo, ressaltam, os autores, a importância dos estudos do apoio social nas sociedades contemporâneas.

Discutir e pesquisar sobre apoio social e conseqüentemente, sobre redes de solidariedade e ação social, é debruçar-se sobre a potência dos laços sociais, na contramão da fragmentação do tecido social tão presente na sociedade moderna (CANESQUI, BASARGLINI, 2012). Se considerarmos o contexto rural, objeto desta investigação, cabe indagarmos como este tem sido afetado pelas configurações sociais na contemporaneidade, marcadas pela fluidez e fugacidade das relações sociais. No que tange à rede de apoio social existente no contexto rural, estaria esta também sofrendo tais processos de fragilização?

Tratando especificamente das redes de apoio social acessada pelas mulheres, que configurações estas apresentariam? Para as mulheres que vivem em contextos de pobreza, o apoio social é um recurso lançado mão no enfrentamento das atividades cotidianas? Que configurações teria este apoio social e que efeitos produziria?

5.1 Apoio Social: definição, origem e perspectivas de estudo

Apoio social e suporte social são termos utilizados em estudos para a análise das relações sociais, não existindo um consenso quanto à definição de tais conceitos, ora utilizados como sinônimos, ora como termos que se aproximam (GONÇALVES *et al.*, 2011). Desta forma, optamos por considerar os termos como sinônimos, considerando que na sua análise são importantes os processos de percepção do apoio/suporte social recebido, a identificação das fontes de apoio, assim como da qualidade do apoio ofertado, bem como do seu impacto.

O apoio social caracteriza-se por um tipo de relação de ajuda, obtida a partir dos intercâmbios estabelecidos entre indivíduos, grupos e instituições (CANESQUI, BASARGLINI, 2012). De acordo com Rodriguez e Cohen (1998), apoio social é um termo utilizado para se referir a relação entre as características e as funções das relações sociais e os estados de bem-estar, saúde física e mental. Consideramos o apoio social como um processo interativo que possibilita a obtenção de ajudas de ordem emocional, instrumental, informacional, cognitiva (SIQUEIRA, 2008), este processo relacional é capaz de promover benefícios a todos os sujeitos envolvidos (VALLA, 2000) e é influenciado pelo contexto macro e microsocial no qual está inserido.

O início dos estudos sobre apoio social ocorreu na década de 1950, com as pesquisas relacionadas a teoria estresse (CANESQUI, BASARGLINI, 2012). Os estudos sobre a temática ganharam espaço no meio acadêmico na década de 1970, no campo das pesquisas

epidemiológicas, a partir dos estudos de Cassel (1974) e Cobb (1976). Tais estudos norte-americanos, amparados por uma visão psicossocial do estresse defendiam que os vínculos sociais eram capazes de promover bem-estar e exercer função protetiva frente os efeitos nocivos do estresse. Os estudos de Castel sugeriram que uma pobre rede de interações sociais pode favorecer ao adoecimento, enquanto Cobb revelava que o apoio social é capaz de promover benefícios à saúde física e mental de pessoas em diferentes idades (LACERDA, 2010). Deste modo, colocam-se em evidência o poder das relações sociais nos processos de produção de saúde-doença.

Segundo Canesqui e Barsaglini (2012), os estudos nacionais sobre apoio social são predominantemente de natureza quantitativa. A metanálise realizada pelos autores aponta que a literatura internacional é mais sistematizada e ampla do que a nacional que apresenta discussões emergentes sobre a temática. Lacerda (2010) compreende que os estudos que se centram na análise e avaliação do apoio social a partir de exclusivamente metodologias quantitativas, acabam por não conseguir dar conta da complexidade das trocas que se estabelecem nas relações sociais. Em concordância com a autora, reconhecemos que os estudos quantitativos são capazes de fornecer importantes contribuições a avaliação do apoio social, entretanto pesquisas que contemplam uma avaliação qualitativa acabam por enriquecer e complexificar a compreensão do fenômeno em questão. Deste modo, neste estudo nos dedicamos a trazer contribuições para a leitura do apoio social, identificando a rede de apoio social percebida por mulheres em condições de pobreza, problematizando o potencial em gerar recursos de de enfrentamento a situações de dificuldade cotidiana. Para tanto, partimos de uma leitura qualitativa do fenômeno, a partir dos discursos dos sujeitos.

No que se refere aos aspectos estudados do apoio social, este pode ser avaliado partir de diferentes perspectivas e abordagens. Para Baptista, Baptista e Torres (2006), o suporte social pode ser avaliado em função do nível de integração de um sujeito ao seu meio, da rede relacional e de serviços que dispõe, passando desde a disponibilidade de serviços e pessoas disponíveis na promoção deste suporte, até a percepção do sujeito do apoio disponível e recebido. Neste estudo nos centraremos na identificação da rede de apoio social disponível para as mulheres considerando: suas fontes, seus tipos e seus efeitos.

Segundo Gonçalves *et al.* (2011), o apoio percebido é influenciado pelo significado e satisfação do apoio, assim como pelo tipo e qualidade da relação entre pessoa que oferta e recebe o apoio. Dessa forma, o apoio percebido “relaciona-se com as características de personalidade e modos de enfrentamento da pessoa, bem como com eventos de vida que podem

afetar a habilidade de requerer e aceitar o apoio e, potencialmente, de que este apoio seja efetivo” (GONÇALVES *et al.*, 2011, p.1757).

No que se relaciona aos tipos de apoio social, os estudos evidenciam que estes se apresentam de forma diversificada, sendo três os mais estudados: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional (CHOR *et al.*, 2001; GONÇALVES *et al.*, 2011; SIQUEIRA, 2008). O primeiro envolve uma relação onde há confiança para o compartilhar e a escuta de problemas vivenciados, o aconselhar, a expressão de gestos de carinho, preocupação e cuidado. O segundo, o instrumental, envolve as ajudas práticas importantes na solução de problemas, tais como: o cuidado com crianças e familiares, empréstimo de materiais diversos, possibilitar o transporte ou deslocamento, provir alimentação ou remédios. E o terceiro, o informacional, envolve a obtenção de informações/orientações úteis para a solução situações ou problemáticas vividas.

Uma Escala de Percepção de Suporte Social versão reduzida (XIMENES *et al.*, 2020, no prelo) validada para populações em contextos de pobreza, investiga os seguintes dois tipos de apoio: Suporte Cognitivo-Instrumental e Suporte Emocional-Cooperativo. Durante o primeiro, o sujeito obtém auxílios que envolvem fornecimento de instrumentais, recursos financeiros e materiais, informações, além de uma postura ativa de incentivo, importantes a resolução de alguma problemática; já no segundo tipo, o sujeito envolve o âmbito das trocas afetivas, a percepção de ser cuidado, valorizado positivamente, amado, considerado, além do envolvimento ativo na resolução de uma problemática ou realização de uma tarefa.

Apesar do exercício analítico de identificar os tipos de apoio providos, sabemos que tal divisão ocorre em uma esfera puramente conceitual, pois na vida cotidiana, os tipos de apoio se inter-relacionam. Em uma relação onde se troca informações, pode haver trocas de afetos.

5.2 O apoio social e suas fontes: uma discussão sobre os sujeitos envolvidos nas relações de ajuda.

No que se relaciona às fontes de apoio social, Lorena Silva *et al.* (2016) destacam que existem quatro principais fontes de apoio: o apoio proveniente da família, o apoio comunitário, apoio religioso e institucional. Apoio familiar relaciona-se às ajudas e suportes gerados a partir das relações dos sujeitos no seu grupo primário (MARTÍN-BARÓ, 2005). O apoio comunitário caracteriza-se pelas ajudas providas a partir das relações e trocas sociais estabelecidas entre vizinhos e moradores de uma mesma comunidade. O apoio religioso trata-

se das ajudas possíveis a partir das relações sociais estabelecidas entre as pessoas e as instituições religiosas. E por fim, o apoio e suportes providos por instituições governamentais e não governamentais, trata-se do apoio institucional. Apoio familiar e apoio comunitário configuram-se como apoios informais e apoio religioso e apoio institucional como apoios formais.

Em estudo realizado por Estanislau *et al.* (2018), a família, os amigos e a igreja, ocupam lugar central na rede de apoio social estabelecida por sujeitos em condição de pobreza. Considerando a apoio social como um fenômeno relacional (FRANÇA *et al.*, 2018), pode-se inferir que o lugar social tradicionalmente ocupado pelo sujeito, influenciará no tipo de apoio alcançado e na fonte de apoio recebida. Desse modo, ser pobre, mulher, moradora do contexto rural repercutem no tipo e fonte de apoio recorridos e alcançados.

Para Montero (2009), a comunidade deve atuar em parceria com os profissionais de saúde, no intuito de, conjuntamente, operar no sentido da promoção da saúde mental, na prevenção das enfermidades e no apoio social às pessoas em tratamento de saúde. A autora compreende a comunidade como uma “entidade coletiva co-terapeuta” (p.228), ajudando a fortalecer a pessoa em sofrimento, o acompanhamento do tratamento, assim como a reinserção das pessoas. O envolvimento comunitário pode ser um importante fator psicossocial na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, capaz de promover fortalecimento pessoal e favorecer aos processos de mobilização e mudança social, permitindo aos sujeitos se perceberem como capazes de transformar a si e ao seu entorno (GÓIS, 2005).

Dimenstein *et al.* (2005) destacam que parentes, amigos e vizinhos são importantes promotores de apoio informal. Ao mesmo tempo em que se assume a importância deste apoio, é preciso perceber que o apoio informal tem sido uma das fontes privilegiadas diante da atrofia das relações com as fontes de apoio institucional e dos processos de desresponsabilização do Estado frente às problemáticas sociais, próprias à sociedade neoliberal capitalista. Como apontam Barros, Jorge e Vasconcelos (2013), as políticas públicas de saúde mental, por exemplo, ainda oferecem uma assistência insatisfatória para as populações e, em especial, aos grupos de familiares. Para Ximenes e Moura Jr. (2013), as pessoas que vivem nas comunidades rurais nutrem um sentimento positivo pela comunidade, o que fortalece o apoio social promovido a partir das relações comunitárias, fato importante se considerarmos a fraca inserção das políticas públicas nessas regiões.

Estudo realizado por Ximenes, Cidade e Nepomuceno (2016), em comunidades rurais e urbanas em contextos de pobreza, apontam para uma baixa referência aos serviços públicos de saúde e assistência social como fontes de apoio. Tal realidade pode estar relacionada

à baixa vinculação dos sujeitos com as instituições estatais e à pouca inserção destas no tecido comunitário. O estudo mostra que os sujeitos reconhecem as instituições governamentais como fonte de obtenção de recursos materiais e informacionais, mas não como fonte de amparo ao seu sofrimento. Entre as fontes de apoio mais mencionadas a família e a igreja foram as mais frequentes. O apoio dos vizinhos, nos momentos de ajuda, foi mais mencionado entre os moradores do contexto rural, em comparação ao urbano. O que nos leva a compreender que no contexto rural ainda há uma maior presença e fortalecimento das relações comunitárias.

Estudos sobre apoio social apresentam a família como a principal provedora de apoio social aos sujeitos (VALDEZ-HUIRACHE; ÁLVAREZ-BOCANEGRA, 2018; KRMPOTIC; IESO, 2010; BRAGA; MACIEL; CARVALHO, 2018, SILVA *et al.*, 2016). A família, primeiro *locus* de estruturação psíquica e núcleo original de referência grupal para os indivíduos (ROMANELI, 2006), é potente ao fortalecimento dos sujeitos. Segundo Carvalho *et al.* (2006), a família pode ser pensada como “rede”, a partir da interdependência entre seus membros, importante elemento na identidade brasileira, assim como uma rede de ramificações, com obrigação moral entre os indivíduos, provedoras de elementos de sustentação básica para manutenção da existência. Destacam ainda as autoras, a importância do vínculo e dos sistemas de trocas existentes no contexto familiar. Para Martín-Baró (2005), a família caracteriza-se por ser um grupo primário, com relações íntimas e afetivas, comunicação pessoal e frequente entre os membros, que tende a produzir um sentimento de unidade de vida comum.

Pesquisa sobre as famílias de baixa renda no Brasil, afirma que estas formam “verdadeiras redes sociais, redes assistenciais e de solidariedade que funcionam por vezes precariamente” (NAIF *et al.*, 2007, p.17). Destaca-se a importância, para estas, o apoio formal, governamental, através das políticas sociais, em especial da política de transferência de renda.

Ao abordar a questão das estratégias de enfrentamento à pauperização, Yasbek (2015), aponta para a importância das ações familiares, onde entra a colaboração mães, filhos, idosos, na geração da renda familiar. Segundo Pinto, Pontes e Silva (2013) entre as estratégias desenvolvidas por mulheres rurais para a inserção no mercado de trabalho, encontra-se a articulação de uma rede de apoio social para auxiliar a família. Afirmam os pesquisadores que estas “para superar as adversidades do cotidiano familiar e da comunidade, atuam como articuladoras e mantenedoras das relações com vizinhos e parentes, o que revela uma grande capacidade de organização e articulação das estratégias de sobrevivência” (PINTO, PONTES, SILVA, 2013, p. 299). Para os autores, é a rede de apoio social que possibilita que muitas mulheres possam conciliar vida doméstica e o trabalho, nesta rede a família ocupa lugar central, entretanto, vizinhos e amigos também a integram.

Além da família, o apoio religioso é outro importante recurso de enfrentamento aos sofrimentos cotidianos e à vida em pobreza. A crença, a religião e a fé em Deus são estratégias terapêuticas potentes ao enfrentamento do sofrimento psíquico no cotidiano (PINHEIRO; SANTOS; SANTOS, 2009) e fortalecedores dos processos de resiliência (MATOS, SANTOS, SILVA, 2018). Segundo Valla (2000), participar de grupos religiosos favorece aos processos de ressignificação da vida e a percepção dos sujeitos como capazes de intervir no curso das suas vidas. Para Lima, Stotz e Valla (2008) a religiosidade popular em contextos de pobreza e violência é uma importante resposta da população na busca de lidar com seus sofrimentos cotidianos. As crenças religiosas serão importantes também para lidar com os medos e incertezas da vida (CARVALHO, 2010), fenômenos que se intensificam em contextos de vulnerabilidade social.

Considerando as especificidades dos modos de vida próprios do contexto rural, os suportes alcançados através da rede de apoio social são fundamentais para os sujeitos. Frente as vulnerabilidades e iniquidades do contexto rural o apoio social surge como uma alternativa capaz de promover ajudas material e emocional, ao considerar as dificuldades de acesso a bens e serviços de saúde, educação, segurança. Cabe investigar como tal rede de apoio social é vivida e percebida pelas mulheres moradoras do contexto rural.

5.3 Efeitos do Apoio Social: reverberações das relações de suporte

Os estudos sobre apoio social têm revelado a existência de uma relação entre a qualidade e a extensão das relações sociais e saúde mental e física. (RODRIGUEZ; COHEN, 1998). De acordo com levantamento realizado por Rodriguez e Cohen (1998), as pesquisas têm revelado que problemas de saúde como tuberculose, suicídio e transtornos mentais são mais prováveis de ocorrer em pessoas solteiras ou socialmente isoladas, assim como relações conflitivas com cônjuges e o convívio constante com críticas agressivas de empregadores tem efeitos negativos no bem estar dos sujeitos (RODRIGUEZ, COHEN, 1998). Tais afirmações nos levam a compreender a potência das relações sociais nos processos de saúde doença e no bem estar dos sujeitos.

De acordo com Valla (1999, p. 10), há uma reciprocidade nas relações de apoio social, considerado como

[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou

comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio.

Deste modo, o apoio social é capaz de produzir efeitos positivos para ambos os sujeitos envolvidos, sendo estes favoráveis à promoção da saúde e diminuição do estresse (GONÇALVES *et al.*, 2011), além de gerar bem-estar (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Portanto, configurara-se como um importante recurso individual e coletivo ao enfrentamento de situações estressoras e desafiadoras. Frente ao seu caráter protetivo em situações de estresse, “o apoio social atuaria amenizando os efeitos patogênicos do estresse no organismo, incrementando a capacidade das pessoas em lidarem com situações difíceis” (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p.928). O apoio social desempenha função mediadora e permite que pessoas “contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se reside por muitos anos” (VALLA, 2000, p.40).

Segundo Ávila-Toscano (2009), as redes sociais sensíveis, estáveis, funcionais e ativas são capazes de gerar melhores condições de vida, evidenciando o seu caráter “salutogênico”. Destaca o pesquisador, que indivíduos socialmente excluídos apresentam uma tendência ao adoecimento e diminuição do bem-estar em função da diminuição das suas possibilidades de receber suporte social.

Em estudo que se propôs a analisar as relações entre rede de apoio social e qualidade de vida em contextos de pobreza, Ávila-Toscano (2009) revelou que o apoio social é capaz de promover uma diminuição nos sentimentos de exclusão e isolamento social e a ampliação dos recursos na promoção do bem-estar e promoção da saúde. Para o autor, oferecer apoio e cooperação, possibilita sentimentos de reciprocidade e o intercâmbio afetos importantes ao enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Especificamente no campo da saúde mental, Baptista, Baptista e Torres (2006), nos esclarecem que o apoio social pode ser “considerado como um fator de redução de impacto de eventos estressantes e diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos” (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006, p.40). Vínculos e relações sociais significativas permitem que os indivíduos se desenvolvam emocionalmente e “obtenham mais recursos para a sua satisfação e saúde mental” (YUNES; JULIANO, 2016, p.229). Para Yunes e Juliano (2016), o apoio social está associado à prevenção de violência e ao fortalecimento de competências, além do senso de pertencimento social. A eficácia da rede se expressa por respostas como uma significativa redução de sintomas psicopatológicos, tais como depressão e sentimentos de desamparo.

Nos contextos rurais, as redes sociais mais fortes, o maior sentimento de pertença e de comunidade e os laços de solidariedade e ajuda-mútua, possibilitam impactos positivos na saúde mental (LOUREIRO; COSTA; SANTANA, 2016). Entretanto, em tais contextos mulheres apresentam maior situação de vulnerabilidade à violência de gênero, devido à inexistência de redes de apoio social e políticas efetivas de proteção e prevenção (LEITE *et al.*, 2016). Frente a fragilidade das redes de cuidado e suporte social, a relação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC), violência sexual e doméstica e pobreza se estabelecerá de forma mais contundente, vulnerabilizando ainda mais as mulheres.

Estudos apresentam o apoio social com função protetiva aos TMC (COSTA, LUDEMIR, 2005; GRIEP, 2003). Lacerda e Valla (2005) e Valla (2000, 2002) destacam a importância das redes de apoio social ao enfrentamento dos problemas de saúde mental para as classes populares. Costa e Ludemir (2005), em pesquisa realizada na Zona da Mata pernambucana, relatam uma associação negativa entre TMC e apoio social. Segundo os autores, para a explicação do fenômeno há duas hipóteses: uma assinala o apoio como minimizador dos níveis de estresse; e a outra, preconiza que os relacionamentos provedores de apoio, promovem bem-estar, independente da presença do estresse. Destaca-se a importância do apoio afetivo, pois

[...] saber-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, melhor adaptação a circunstâncias particulares de estresse e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menores consequências” (COSTA; LUDEMIR, 2005, p. 77).

Os resultados de estudo realizado com mulheres gestantes, por Baptista, Baptista e Torres (2006), evidenciaram uma correlação negativa entre ansiedade e depressão e suporte social e a importância deste durante o período de gravidez e puerpério. Os autores apontam ainda o baixo apoio afetivo como risco ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa entre o público estudado. Os estudos de Konradt *et al.* (2011) afirmam que o suporte social de esposos/companheiros, familiares e amigos se constitui como fator protetivo à depressão pós-parto. Destacam também que tal psicopatologia foi maior entre mulheres de classes econômicas mais baixas.

Segundo Ornelas (1996), o apoio afetivo configura-se como elemento protetivo para depressão entre mulheres. Como importantes fontes de apoio são destacadas a família e a igreja, que se apresentaram simultaneamente como elementos protetivos à saúde mental e geradores de ansiedade. Costa e Ludemir (2005) também nos alertam para a necessidade de

criação e fortalecimento de grupos sociais, que priorize o envolvimento comunitário, a confiança pessoal, a satisfação com a vida e o enfrentamento dos problemas.

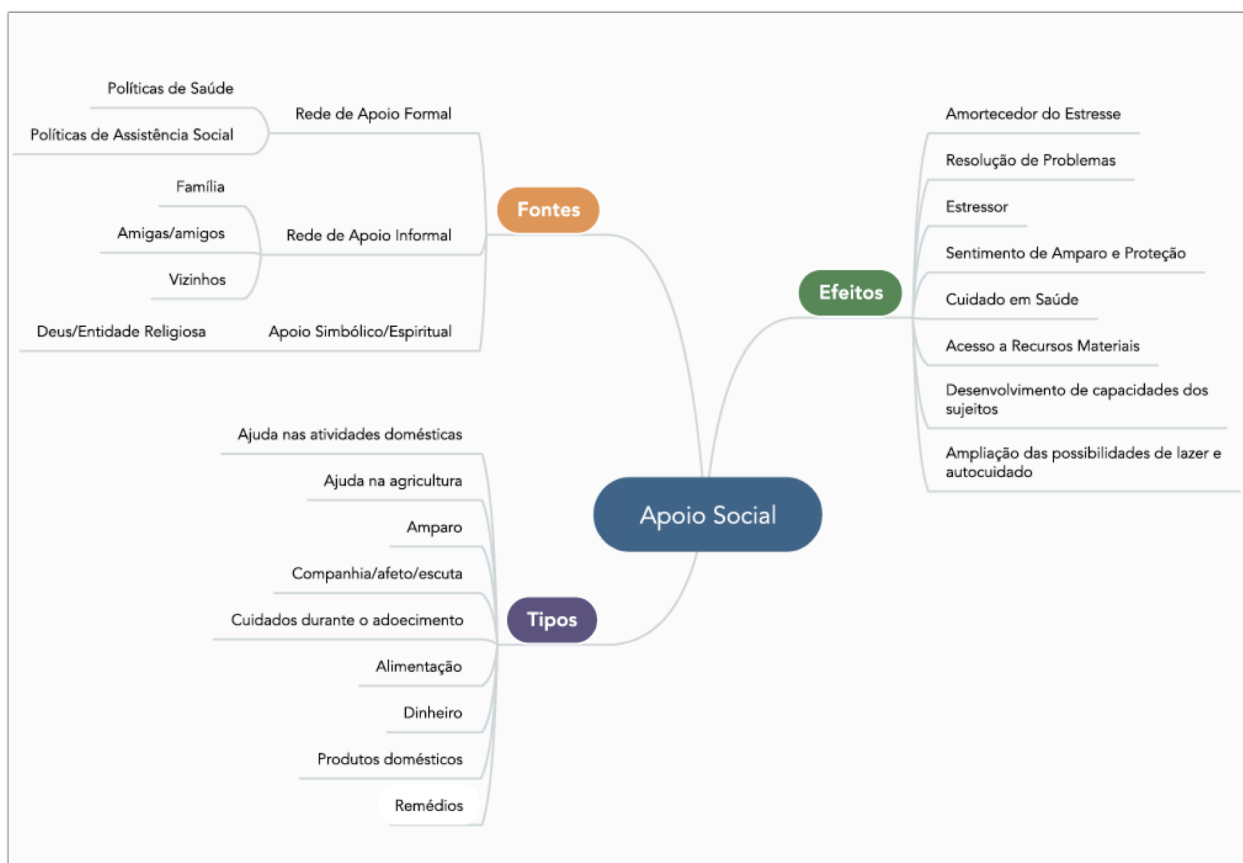
Deste modo, podemos perceber que uma série de estudos tem apresentado o apoio social como potente estratégia de enfrentamento desenvolvidas por sujeitos em diversos contextos, assim como por pessoas em sofrimento, psíquico e em situação de pobreza. Revela-se também que os tipos de apoio social recorridos são de várias ordens, instrumental, afetiva e informacional, assim como de várias fontes. As redes sociais constituídas por familiares, comunidade, amigos e vizinhos são importantes fontes de apoio informal no enfrentamento dos estresses e sofrimentos gerados em contextos de exclusão social. Cabe, entretanto, investigarmos de que modo as mulheres se posicionam em tal rede, que estratégias são estabelecidas por elas e como as relações de gênero atravessarão as fontes e tipos de apoios acessados em tal rede.

5.4 Mapeamento do apoio social de mulheres em pobreza rural em Pentecoste (CE)

Os resultados apresentados foram produzidos a partir das entrevistas e grupos focais realizados durante a pesquisa em Pentecoste-Ce. Durante o processo de construção dos dados, focamos na percepção que as mulheres tinham da sua rede de apoio social. Para tanto, as indagamos sobre os recursos e pessoas que buscavam nos momentos de dificuldade vividos, assim como estivemos atentos a tais informações ao longo de todos os seus discursos.

Nos resultados podemos encontrar as seguintes categorias relacionadas ao apoio social, agrupadas em três grandes categorias, a saber: fontes, tipos e efeitos do apoio social. O Figura 4 apresenta a síntese das categorias e subcategorias encontradas. Em seguida, apresentamos os resultados e discussões relacionadas as categorias.

Figura 4 - Categorias de análise do Apoio Social



Fonte: Elaborado pela autora

5.4.1 Fontes de Apoio Social: com quem as mulheres contam nos momentos de dificuldade?

Durante as entrevistas e grupos focais, ao serem indagadas sobre com quem poderiam contar nos momentos de dificuldade, as mulheres fizeram menção a fontes distintas de ajudas, provenientes de uma rede de apoio formal e informal. A rede informal foi composta por familiares, amigos/amigas e vizinhos/vizinhas; já a rede formal por instituições que compõem as políticas públicas de saúde e assistência social. Ademais destas fontes, surgiu na fala das participantes um apoio que se estabelece puramente no plano simbólico, onde uma entidade superiora, um Deus, é o considerado como provedor de apoio. Cada uma destas fontes é discutida a seguir.

Assim como apontado em diversos estudos sobre a temática do apoio social (VALDEZ-HUIRACHE; ÁLVAREZ-BOCANEGRA, 2018; KRMPOTIC; IESO, 2010, BRAGA; MACIEL; SILVA *et al.*, 2016, NAIF *et al.*, 2006), a família foi apontada como a principal fonte de suporte. Quando falamos de família estamos nos referindo ao grupo primário (MARTIN-BARÓ, 2005) formado a partir das relações estabelecidas com cônjuges,

filhas/filhos, mães, pais, irmãos, tios e genros. Todos estes foram citados quando indagas sobre quem podiam recorrer nas situações de dificuldade. Aparecendo deste modo, tanto a família nuclear como a família extensa como fontes de apoio.

O apoio informal, que tem a família como a grande protagonista, caracteriza-se por ocorrer de forma altruísta e gratuita, se estabelecer a partir de uma pequena rede apoio, por existir afetividade nas relações e por ofertar um cuidado ou ajuda de maneira permanente (BONET, ROGER, 2008). E quando falamos de apoio informal, os resultados apontam para um protagonismo das mulheres. Apesar de membros masculinos serem citados nas falas das participantes do estudo, foi muito recorrente o relato de que nos momentos de dificuldade as mesmas buscavam ajuda em outras mulheres. Entre as figuras femininas, as mães, as irmãs e as filhas foram as mais mencionadas. As mães surgiram como uma possibilidade de apoio sempre presente, a fala de uma das participantes nos aponta para isto: *“A minha mãe dizia a mesma coisa pra mim: - Minha filha, no dia que você não tiver em casa, vá buscar lá em casa”* (MARGARIDA, Oficina 05), algo que diz reproduzir hoje com seus filhos. A fala de Carla, também ilustra tal fato. Para ela, a mãe é a principal fonte de ajuda.

Pesquisadora: Você já precisou, teve alguma situação onde precisou pedir dinheiro pra poder comer? Pedir pra alguém?

Carla: Eu peço a minha mãe. Né?

Pesquisadora: Pede pra mãe?

Carla: É. As vezes tá faltando alguma coisa eu vou lá na mãe e ela me dá. É assim.

Pesquisadora: E a sua mãe é aposentada?

Carla: A mãe é. Aí ela me dá uma ajudinha sempre.

Pesquisadora: Além dela, tu pede ajuda pra mais alguém?

Carla: Não peço não.

(CARLA, Entrevista Individual)

Nos discursos das entrevistadas, outras mulheres da família também são identificadas como fonte de apoio social. O discurso de Marta, ao narrar um período em que passou por muita dificuldade financeira, ilustra tal realidade:

Pesquisadora: Há 4 anos. Aí nesse tempo foi difícil. E tu pedia ajuda a quem nesse tempo?

Marta: Á minha família, mas eu num...

Pesquisadora: Tipo quem da tua família?

Marta: Minha mãe, minha tia, minha vó... Só que eu não gosto de tá nas casa dos outros esperando um prato de comida.

(MARTA, Entrevista Individual)

Tais falas revelam que as mulheres ocupam na vida das entrevistadas um lugar central na rede de cuidados. Podemos considerar que o tradicional lugar social instituído às mulheres como responsáveis pelo contexto doméstico e cuidado da família e dos outros é algo

presente no contexto pesquisado. Evidencia-se, deste modo, as mulheres como uma importante fonte de apoio.

Isabel: [...] mas assim, em ajuda para mim, se for para mim ir um dia para Pentecoste resolver minhas coisas, eu peço ajuda sim a ela [sua mãe] para ficar com os meus meninos.

Pesquisadora: A tua mãe?

Isabel: A mãe. Aí tem outros que ajuda, que às vezes eu peço, o meu bendito marido, o meu pai né, às vezes ...

Pesquisadora: Eles ajudam?

Isabel: Muito difícil

(Oficina 02 - Serrota)

Tal resultado vai ao encontro de outros estudos que também identificam a mulher ocupando este lugar central como cuidadora e apoiadora dos membros familiares (SATURNINO *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2018; TERRÓN; PALOMO, 2013; BONET; ROGER, 2008). Isto é reflexo da naturalização e subordinação da mulher ao cenário doméstico, ainda presente na sociedade atual (SATURNINO *et al.*, 2019). Se por um lado, o apoio ofertado pelas mulheres contribui para a promoção da saúde dos sujeitos, por outro, a sobrecarga vivida pelas mulheres pode desencadear uma série de sofrimentos e adoecimentos (ZANELLO, 2016).

De acordo com Krmpotic e Ieso (2010), a distribuição das tarefas de cuidado historicamente são marcadas por duas desigualdades centrais, as de gênero e as sociais. Para as autoras, tal concepção da mulher como cuidadora produz nas mulheres os seguintes efeitos: com maior frequência percebem e identificam-se com as necessidades dos outros, priorizam os desejos e necessidades dos outros às suas, abandonam o trabalho formal, desenvolvem processos de adoecimento e dispõem de um tempo reduzido para si mesmas.

Entretanto, a fala de algumas participantes também apontam para o início de uma mudança de cenário e resistência das mulheres a esta realidade. Foi presente nas falas que os companheiros as ajudam, cuidam delas nos momentos de dificuldade ao lado dos discursos que retratam uma ausência destes como pessoa de referência no cuidado e apoio, além da ausência total da presença de um cônjuge/companheiro o que as leva a criar seus filhos sozinhas. A seguir, algumas falas ilustram tal realidade:

Pesquisadora: E alguém ajuda vocês? Na vida? No dia-a-dia?

Participante X: Só Deus.

Rosinha: Não, só o marido. A família mesmo.

(Oficina 02- Providência)

Pesquisadora: E os que tu já teve [companheiros], eles te ajudavam?

Lúcia: Ajuda.

Pesquisadora: Todos ajudavam?

Lúcia: Me ajuda. Eu só quero um homem dentro de casa se me ajudar, se não me ajudasse ... se passar uma semana e não botar nada dentro de casa (...) se passar de um mês ou dois mês sem botar nada dentro de casa, sem me ajudar dentro de casa, eu deixo. Eu quero pra me ajudar e não pra mim dar de comer. Aí eu deixo logo.

(LÚCIA, Entrevista Individual)

Pesquisadora: E o teu marido te ajuda em alguma coisa?

Natália: Ajuda.

Pesquisadora: Ele faz o quê?

Natália: Ele de manhã...ele inventa de fazer um café (risos). É, ele faz. Aí eu arrumo a menina pra ir pra escola...

Pesquisadora: Ele também cozinha?

Natália: Cozinha, ele sabe fazer também.

Pesquisadora: Cozinha, lava a louça?

Natália: Umhum...

Pesquisadora: Faz essas coisas?

Natália: Faz. Ele faz também, ele ajuda também.

Pesquisadora: Tu acha que os outros homens ajudam...ou é...

Natália: Não sei...

Pesquisadora: Ou é diferente?

Natália: Eu acho que é diferente, né? (Risos) Né todos que...tem muitos homem que não vai fazer nada que não é mulher, né? Ele ajuda, né? Dentro de casa.

Pesquisadora: E o que que tu acha disso?

Natália: Eu acho até bom que ele me ajudar, né? (Risos) Porque ele me ajuda também.

(NATÁLIA, Entrevista Individual)

Apesar da realidade de os homens dividirem as responsabilidades do trabalho doméstico, este segue sendo entendido como responsabilidade das mulheres, cabendo a eles “ajudá-las”. Os filhos também são mencionados como fonte de apoio, em especial para realização das atividades domésticas e da agricultura. Percebe-se de forma recorrente nas falas que as filhas são as que mais ajudam nas atividades domésticas, enquanto os filhos ficam responsáveis por ajudar na agricultura. Mantendo claramente uma tradicional divisão sexual do trabalho no contexto rural.

Pesquisadora: E os filhos ajudavam?

Margarida: Graças a Deus, meus filhos sempre me ajudaram.

Pesquisadora: É? Eles faziam as coisas dentro de casa também?

Margarida: Fazia, tanto as fêmeas como os machos. Se eles estudasse de manhã, a tarde eles tavam [*sic*] com nós trabalhando. Se eles estudavam a tarde, de manhã eles tavam [*sic*] no serviço mais nós. Agora, as fêmeas não. Eu sempre coloquei elas pra casa mesmo. Hoje eu digo, graças a Deus, meus filhos sabem muito não, mas graças a Deus sobre a agricultura eles sabem tudo, graças a Deus.

(Oficina 02, Providência)

Participante 01: Mas a minha [filha] mais velha faz tudo. Quando eu tô lavando roupa, aí minha filha também cuida da casa porque eu fico lavando roupa. Né? Aí ela varre a casa, passa o pano, cozinha. Aí eu boto feijão no fogo.

(Oficina 02, Providência)

Carla: Aí eu planto, todos os ano eu planto aqui em casa. Aí eu vou alimpendo, deixo ela cuidando das coisa, é assim.

Pesquisadora: Então são só vocês duas que cuidam das coisas de casa?

Carla: É.

Pesquisadora: Os outros não ajudam não?

Carla: Essa daqui [aponta para a filha que está acompanhando a entrevista], eu digo: - Minha fia, tá bom de você já começar a ajudar, porque você já tá mocinha (...) você tá bom de começar a me ajudar.

(CARLA, Entrevista Individual)

Perpetuar esta tradicional divisão sexual do trabalho entre os filhos, aponta para uma manutenção da ordem social vigente e dos tradicionais papéis de gênero, inclusive entre as novas gerações. Como nos destacam as estudiosas espanholas sobre a temática, Terrón e Palomo (2013), a igualitária e plena implicação dos homens nas atividades do cuidado ainda é uma utopia. Compreendem que para superar tal realidade, é necessário criar condições para que haja uma transformação, que passa pelo questionamento dos papéis de gênero, pela criação de empregos, serviços públicos e uma mudança simbólica na valorização social do trabalho doméstico e do cuidado, assim como a cultura de novas masculinidades. A desresponsabilização dos homens pelos cuidados com os filhos, o que implica muitas vezes no abandono das famílias, repercute também na intensificação dos processos de feminização da pobreza (OLIVEIRA, 2018; AGUILAR, 2011).

Outra fonte de apoio relatada foi as amigas. Segundo as entrevistadas, elas são fonte de apoio, servem para um cuidado, um desabafo, para a compra de algo que necessitam. Se apresentando como fonte de apoio material e emocional. As falas a seguir ilustram tal fato:

Participante X: E esse negócio, esse Gardenal meu, esse remédio que eu tomo também, quando tem eu ainda vou pegar na Secretaria. Quando não tem eu compro. E quando não tem dinheiro pra comprar eu peço emprestado pras minhas amigas e vou comprar.

(Oficina 02, Providência)

Margarida: Nós *samo* assim, nós somo amiga uma das outras. Por acaso, se eu *tô* doente...

Participante X: Ela tá triste com alguma coisa, tá tipo assim, com depressão. Aí a gente faz as coisas, resolve as coisas, assim, uma coisa que ela queira, né. A gente vai pra lá e conversa com ela e dá certo. Aí a pessoa cria um ânimo, aí se resolve. Né?

(Oficina 01, Providência)

Pesquisadora: E quando tu tá precisando conversar, desabafar...

Silvia: Meus desabafo eu tenho mais com a Lúcia. Porque ela é assim, quando ela tá com as irmã dela, ela vem conversa comigo. Né? E quando eu tô com meus problema eu vou e converso com ela. Mas é naquele sentido, se eu vô me abrir pra ela, contar o que eu tô sentindo, porque eu tô confiando nela e o que ela tá fazendo dela pra mim é a merma coisa.

(SILVIA, Entrevista Individual).

As relações de amizade são importantes para os sujeitos nos processos de cuidado de si e se estabelecem de forma simétrica entre iguais (LOPES, 2018). As amigas desempenham um importante papel na melhoria da saúde e qualidade de vida, podendo os

amigos auxiliar no enfrentamento de situações de estresse e necessidade de apoio emocional e material (DE SOUSA, CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

Outra fonte de apoio informal, é a vizinhança. Quando indagadas sobre as fontes de apoio, algumas mulheres fazem menção aos vizinhos e às diversas formas de ajuda que estes as têm possibilitado. Comida, produtos para o uso doméstico, apoio afetivo, são tipos de apoio acionados pelas participantes a partir das relações de vizinhança.

O apoio de vizinhos, pode se confundir com o apoio familiar, pois no contexto rural, muitas vezes os vizinhos são parentes.

Pesquisadora: E me diga uma outra coisa, pra gente ir terminando. Quando a senhora precisa de ajuda, quem é que ajuda a senhora?

Rosa: Meus vizinho aqui perto, minha irmã, minha mãe... Aqui nossos vizim...

Pesquisadora: Os vizim são a família, né?

Rosa: Família é. Porque quando nois já vamo passar pra outro canto ali pra Providência, pro posto, aí lá já é negocio do posto, né? Mas ao redor aqui mesmo, é só a família mesmo.

(ROSA, Entrevista Individual)

Apesar de algumas mulheres fazerem referência aos vizinhos como fonte de apoio, outras quando indagadas sobre se pedem ajuda aos vizinhos disseram não dispor de tal apoio, dizendo: “*É difícil pedir essas coisas*” (Oficina 03, Serrota). Quando abordamos o sentimento em relação à comunidade, uma das participantes disse: “*Aqui eu me sinto ... vivo dentro de casa, cuidando das minhas coisa, esses vizim [sic] aí eu não ando na casa deles*” (CARLA, Entrevista Individual).

É importante problematizarmos que as relações de vizinhança não se estabelecem de forma única e invariável no território, desconstruindo uma visão romântica de comunidade como um lugar harmônico, sem conflitos e uniforme. Diversas configurações coexistem. Assim como no contexto urbano, nas comunidades rurais podemos encontrar marcas do distanciamento das relações de vizinhança, valorização do individualismo e fragilidade dos laços sociais, fenômenos próprios a sociedade contemporânea (LÚCIA SILVA *et al.*, 2016; YUNES; JULIANO, 2016) e que dificultam o desenvolvimento de ações coletivas de luta pela transformação da realidade (VALLEJO-MARTÍN; MORENO-JIMÉNEZ; RÍOS-RODRIGUEZ, 2017). Simultâneo a isto, encontramos ainda presente relações de vizinhança marcadas pela proximidade, intimidade e fortalecimento das relações de proximidade. Isto serve de elemento de análise para a questão da compreensão do rural como um campo de pluralidades (SILVA; MACEDO, 2019) e estabelecendo um *continnum* urbano (GAUDIN, 2019).

Apesar de na fala das mulheres encontrarmos tal diversidade de vinculações com o tecido comunitário, percebemos que há uma maior tendência ao não reconhecimento da comunidade como um lugar de busca de apoio social. Entretanto como no contexto rural frequentemente a família e os amigos moram na mesma comunidade, cabe problematizarmos se os vizinhos ou moradores da comunidade não são considerados apenas aqueles com quem não se possuem tanta proximidade.

Considerando o exposto, no que se refere ao apoio informal, percebemos que este é reconhecido como presente no cotidiano das mulheres. O apoio informal é fundamental para a gestão do cotidiano, considerando a realidade de carência de condições básicas de existência. Em uma sociedade onde o Estado é ausente, inoperante em seu papel de provedor de apoio formal e agente de garantia direitos dos cidadãos, o apoio informal assume grande importância na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, pois substitui ou minimiza a ausência dos serviços formais, tendo as mulheres como agente protagonista (BONET; ROGER, 2008).

O estudo de Costa-Fernandez e Munoz (2019), realizado com mulheres pobres do contexto rural da Zona da Mata Pernambucana, retifica esse lugar central da mulher como apoiadora de outras mulheres. São redes de apoio femininas que surgem frequentemente quando as redes de proteção social formais são ineficientes ou deficitárias. “A centralidade da mulher na manutenção deste sistema de apoio social estaria diretamente relacionada com os papéis tradicionais de gênero que designam à mulher a responsabilidade pelo âmbito dos cuidados no espaço doméstico” (COSTA-FERNANDES; MUNOZ, 2019).

Tal presença precarizada e insuficiente do Estado, como provedor de apoio formal, também aparece nos discursos das participantes do estudo. Este apoio estaria no âmbito do apoio formal, provido por vias institucionais, portanto com características mais impessoais, racionais ou contratuais (COSTA-FERNANDES; MUNOZ; 2019). Apesar de tal debilidade da atuação do Estado, os discursos também apontaram para a importância dos apoios providos através das políticas governamentais e dos suportes que estas provêm. Revelam mudanças relevantes nas condições de vida das participantes resultado da presença das políticas sociais.

No que se refere a presença das ações da Política de Assistência Social, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Pentecoste possui uma equipe que atua na sede do município e outra que de maneira volante atua nas comunidades rurais. A equipe do CRAS Rural é responsável pelo acompanhamento das famílias das mulheres participantes do estudo. Os resultados revelaram que o CRAS aparece pouco como um lugar de referência de apoio para as participantes. Quando indagadas se buscam ajuda ao CRAS, muitas responderam não pedir apoio ao serviço, ou dizem ter recorrido poucas vezes ao mesmo no intuito de pedir alimentos,

como cesta básica e leite. Os discursos mostram um distanciamento da política de assistência da realidade da vida das participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que as oficinas realizadas na comunidade da Serrota foram realizadas na sede do Serviço de Convivência, local onde comparecem quinzenalmente para realização de um grupo de mulheres e semanalmente para deixar suas crianças para a realização de atividades de acompanhamento. Isto demonstra que apesar de dizerem não recorrer ao CRAS, fazem uso constante de apoios ofertados pela instituição. Uma hipótese que sustente a ocorrência de tal realidade é as mulheres reconhecerem como CRAS apenas a sua sede, em uma dimensão mais institucional, localizada distante de sua comunidade e de seu cotidiano, e consideram neste momento a equipe que atua no Serviço de Convivência. Já em relação a esta equipe demonstram ter uma vinculação e a reconhecem como referência de apoio.

Sobre a percepção dos apoios providos no campo da assistência social, O Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa de Cisternas são apontados pelas participantes como importantes suportes que as auxiliam a minimizar as dificuldades da vida em contextos de pobreza no sertão. Em uma das oficinas, quando conversávamos sobre o documentário “Severinas” (CAPAI, 2013), muitas mulheres, em especial as mais de mais idade, relataram que a vivência atual da pobreza é bastante diferente da ocorrida em outros tempos. A fala de uma senhora agricultora, participante da oficina de Providência, após indagação se há diferenças na vida em pobreza vivida hoje e a pobreza da infância narrada por uma das mulheres do documentário, nos aponta importantes questões:

É diferente sim, é diferente, filha. Porque naquela época a gente era muito pobre. Hoje na minha casa eu tenho uma cisterna, que facilita, né. No inverno enche e a gente tem água pra beber o verão todinho. Até chegar o outro inverno ainda tem. Hoje eu tenho a minha pensão. Sou aposentada, né. E recebo esses 118 real do Bolsa Família, já dá pra mim comprar alguma coisa pros meus netos. Né? Um material pra eles, uma merenda pra eles. Né? Hoje, a vida de hoje é completamente diferente dessa vida daí. Apesar de nós tá com cinco anos que não fez seca. Né? Mas a gente tem ajuda dos carros-pipa que bota água pro consumo, pra lavar roupa, pra tomar banho. Né? Por isso que eu digo que mudou. Mudou sim, mudou. [...] Hoje em dia, essas mais nova aqui [aponta para mulheres jovens que estavam na oficina] não passaram nada do que nós *passemo*. Veio melhorar no nosso tempo, assim, depois que começou o Bolsa-Família, que nós *pudemo* melhorar de vida.

(MARGARIDA, Oficina 3 -Providência)

As expressões “*naquela época*” e “*essa vida aí*” fazem referência uma infância e juventude sofridas, vividas em meio a pobreza e miséria. Dona Margarida, de aproximadamente 60 anos, durante a oficina se emocionou ao relembrar tal período de vida. A falta de água para beber, mulheres carregando latas d’água na cabeça, os pés rachados por não ter acesso a um calçado, o relato de fome, do não acesso ao ensino formal, dentre outros fatos que ilustram este

período de miséria. Período da década de 1940 - 1950, onde vivia-se uma ausência avassaladora das políticas públicas.

Apesar de pouco dinheiro, para muitas, o recurso do PBF é uma renda fixa importante para provir as necessidades básicas da família. Outro recurso citado é a aposentadoria do trabalhador rural.

Margarida: É, muito triste, minha filha, porque se a gente sente uma doença, nós num tem pra onde correr, nossas condições não dá. Porque não dá mesmo. Eu num tô dizendo pra você! Tudo que a gente tem, pra não passar necessidade, o pouco que você ganha, você tem que se conformar só com aquilo dali. Porque o que nós há de fazer? Não existe um ganho. Se nós, *vamo* supor, óia: lá em casa é um ganho, meu marido não é aposentado, a gente vivia só do Bolsa Família. Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, eu ter criado os meus filhos, criei meus filhos, a metade deles, com Deus e Nossa Senhora e com esse Bolsa-Família. Ah, meu marido levou duas quedas de Canafistula, lidando com gado, né. Quebrou os dois pés, aqui e aqui [aponta para o pé] e a mão. O filho de Deus foi, faltava quatro meses pra ele completar 60 anos, o filho de Deus foi e aposentou ele, né? Eu digo, graças a Deus vai melhorar porque eu tenho o ganho do meu marido, e tenho o ganho da minha filha [fazendo referência ao Bolsa Família], vou melhorar de vida, né? Graças a Deus, melhoraremos de vida. Aí o meu “páh”, se acaba.

Pesquisadora: O teu o que?

Margarida: O Bolsa Família. Se acaba, né? *Fiquemo* só com o dele. Aí os pouco *bichim* que a gente cria, né, o ganho dele é pra nós sobreviver e pros *bichim* também, por que nós não é de deixar eles morrerem de fome. Se nós viver num mundo sem criado [referência aos animais que cria], o que será de nós? Porque quando a gente tá na aflição mesmo você vai esperar com aquilo que nós tem. Por isso que eu digo, pra nós não existe. [...] Mas só Deus sabe o que é nós passa dentro de casa. Não adianta nós gritar, nós espernear que não dá jeito. O jeito quem dá é Deus.

(Oficina 1 - Providência)

O discurso acima revela a importância do suporte financeiro possibilitado pelo PBF e também da aposentadoria do trabalhador rural e como estes servem a todos os familiares e animais. A aposentadoria do trabalhador rural é possível pela comprovação de atividade de pequeno agricultor. Direito conquistado a partir da constituição de 1988, com a Lei n.º 8.213/91 (BRASIL, 1991), e que hoje sofre ameaças de cortes com a atual proposta da Reforma da Previdência em curso. Com esta, além da comprovação do trabalho como agricultor, cada grupo familiar deverá pagar uma contribuição de 50 reais, durante 20 anos, para ter direito (Projeto de Emenda Constitucional-6/2019). Em um contexto marcado pela instabilidade e pela privação financeira, podemos prever o quanto tal mudança, caso seja aprovada e implementada, irá impactar de forma negativa nas vidas dos trabalhadores rurais, agravando um cenário de miséria já presente.

No que se refere ao suporte financeiro do Bolsa Família, todas afirmam que este é fundamental para a gestão das suas vidas, muitas destacam que o recurso foi a maior renda pessoal já recebida em suas vidas, a concretização de uma possibilidade de ter maior autonomia

e poder na gestão do lar e se caracteriza como a principal fonte de renda familiar. Tais efeitos do PBF se fez presente também em outros estudos (FERNANDEZ; MUNOZ, 2019; CAMPELLO, 2013; CARLOTO; MARIANO, 2010, 2012). Apesar de reconhecerem a sua importância, as participantes também relatam que o recurso do PBF é pouco e insuficiente para a manutenção de suas famílias, o que as força a estabelecer constantemente diferentes estratégias para garantir alimento, luz e água para os seus lares. Para as mulheres que criam seus filhos sem a ajuda do pai biológico, o recurso é um apoio fundamental, considerando a realidade de feminização da pobreza (OLIVEIRA, 2018; COSTA *et al.*, 2005). O relato de uma das entrevistadas nos revela tal realidade:

Silvia: Eu tava planejando até em fazer um chá de fralda pra mim também, só que eu tô achando que as condições iam tá muito pouca. Ele num ganha muito bem, porque eu vivo praticamente com esse Bolsa Família, com os 260. Eu já recebi um papel de energia de 123 real. Eu já tenho três papel de água que eu recebi só de uma lapada de 65 reais. Aí tem outro de 25, outro que é 16 ou é de 30, eu sei que é coisa por aí. Aí a gente recebe esses ganhos, aí mal dá para comer. Vai tirar da boca pra pagar uma energia que se a gente não pagar eles vêm cortar. Aí como é que fica? É fazendo das tripas coração pra não passar necessidade mesmo, porque o feijão tá caro, muitas vezes não é todo dia que a gente arruma mistura pra comer.

(SILVIA, Entrevista Individual)

Se fosse pra morrer de fome depois que eu tivesse separado dele [pai biológico dos filhos], se fosse pra morrer de fome tudim tinha morrido. Ele hoje nunca pagou pensão pra nenhum, criei tudim sempre com bolsa família, e até hoje ainda sustento alguns com o bolsa família. Num vô dizer que eu sustento tudo, porque pra me dá tudo também com bolsa família num dá. Aí eu faço das tripa coração pra ver se eu ajudo, dá de comer a eles e o Antoim [atual companheiro] me ajuda também a dá de comer a eles, porque quem era pra me ajudar a dá de comer era o pai deles. Mas nem isso ele dá, nem alimentação. É mais fácil ele dá uma burduada em um, do que um real pra um comer, um bombom ou comprar um quilo de frango pra comer. Muito mais fácil ele dá uma burduada! Aí só quem pena em tudo é eu.

(SILVIA, Entrevista Individual).

Atualmente, apesar de termos vivido nas últimas décadas uma ampliação das políticas públicas, ainda vivemos um cenário de desemprego, precarização do trabalho, marcado pela informalidade e falta de uma efetiva política de proteção social (SPOSATI, 2018). Isto evidencia a necessidade de uma ampliação das políticas e atuação do Estado que garanta os direitos sociais da população. Ao contrário disto, vive-se no Brasil um cenário de retração dos investimentos governamentais nas políticas sociais sob o argumento de crise econômica e necessidade de cortes nos gastos sociais para a retomada do crescimento do país. O que demonstra claramente que os pobres e desfavorecidos são os que mais sofrerão com tais medidas.

No que se refere a atuação das políticas de saúde, é mencionado pelas participantes moradoras das comunidades Providência e Serrota: a falta de medicação, a dificuldade de

acesso ao atendimento médico, falta de carro para os deslocamentos para consultas, exames e acesso a um atendimento especializado, longa espera para realização de exames e alta rotatividade dos profissionais de saúde. As moradoras de Providência relatam que frente ao contexto de precariedade em que vivem, muitas vezes buscam atendimento no município vizinho (situado aproximadamente a 90 km de distância).

Já algumas mulheres moradoras da Serrota relatam que tinham apoio quando necessitam atendimento médico na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Quando indagadas sobre como faziam quando tinham algum problema de saúde, respondem:

Natália: Vamo pra UPA ou pro posto aí, né? Quando não resolve aí eu vou tentar ir pra UPA.

Pesquisadora: E aí, consegue resolver?

Natália: Consegue, né? Não é muito difícil não, a gente consegue.

(NATÁLIA, Entrevista Individual)

Uma problemática presente no contexto rural, relatada por muitas entrevistadas é o não acesso ao cuidado em saúde devido a falta de transporte público que possibilite a mobilidade e que as mesmas cheguem a atendimentos na capital e/ou sede do município. A ausência de opções acessíveis economicamente de transporte público e de algum meio que possibilite o deslocamento disponibilizado pela prefeitura faz com que as mulheres e seus familiares não possam fazer acompanhamento especializado em saúde, os exemplos citados envolvem interrupções na continuidade do cuidado em saúde mental, no CAPS de Pentecoste, não acesso à equipe multidisciplinar para filha surda-muda, uso de medicação controlada sem acompanhamento adequado, não acesso a neurologista para esposo e filha.

Durante uma das oficinas realizadas em Providência, a questão da falta de transporte veio à tona. Segundo as participantes, uma das estratégias para conseguir o transporte é solicitar a algum conhecido que trabalhe na Unidade Básica de Saúde ou a algum vereador que viabilize um automóvel. Quando perguntadas sobre o acesso a atendimento médico, as participantes respondem:

Silvia: Nós vamo pra Providência.

Pesquisadora: E conseguem atendimento lá?

S: Minha fia, consegue. A nossa vida aqui de saúde não é boa não. A mãe dela [aponta para uma das participantes da oficina que trabalha como atendente na unidade básica de saúde] trabalha no posto, uma pessoa muito, de muita bondade, eu mesma já fiz promessa pra mãe dela nunca sair do posto. Já paguei pra ela nunca sair porque é uma pessoa legal mesmo, não tenho o que dizer dela...

Pesquisadora: E o que que não é legal?

Silvia: A convivência da saúde, porque ela é legal assim no ponto de você chegar ela ter tanta vontade de ajudar. Mas como é que ela ajuda? Porque ela não é uma enfermeira, ta entendendo? Num é enfermeira. Ela num tem ordem se chegar um

doente ali, um remédio que ela sabe que serve pra uma pessoa que tá doente, coitadinha, se ela for dar é ali por debaixo dos panos, pra ninguém saber que ela não pode dar. Assim mesmo ela socorre muito nós ainda, né? Se nós tamo aqui precisando, um carro de saúde mesmo, urgente, não tem carro, né?

Pesquisadora: Então a senhora já deixou de ir fazer exame, ir pra algum médico, uma consulta, porque não tinha transporte?

Silvia: Até demais.

(Oficina 1 - Providência)

Tal realidade de precário acesso às políticas de saúde vai ao encontro de outras publicações que apresentam o escasso acesso a serviços de saúde de qualidade como uma das principais vulnerabilidades vividas por mulheres no contexto rural (GAUDIN, 2019). A busca pela superação de privações no campo da saúde vivida por populações no contexto rural, através da ampliação da oferta de bens e serviços públicos, é uma das características dos programas governamentais de diferentes países da América Latina (BERDEGUÉ; FAVARETO, 2019). Isto demonstra que tal problemática segue presente na vida das mulheres participantes do estudo, o que aponta para uma debilidade do alcance do Programa Brasil sem Miséria (BRASIL, 2011a) no contexto pesquisado. Lembrando que a garantia de acesso aos serviços públicos é uma das diretrizes do programa (BRASIL, 2011a).

A partir do exposto, fica evidente a necessidade de uma presença maior do Estado, no sentido de possibilitar uma ampliação do apoio formal disponível para as mulheres moradoras do contexto rural pesquisado. Assim como a importância da existência deste apoio e um destaque para a existência do PBF, frente ao contexto de pobreza. Outros estudos também destacam a importância do programa na sua capacidade de enfrentamento da pobreza, sem desconsiderar suas limitações, em especial as relacionadas às questões de gênero (COSTA-FERNANDEZ; MUNOZ, 2019; REGO; PINZANI, 2013; BANGOLIN; SOUZA; COMIN, 2012; MARIANO, 2010).

Deste modo, fica evidente a necessidade da ampliação das políticas sociais no contexto rural, implementando de fato um sistema de proteção social universal no campo. Entretanto, o que vivemos atualmente no país é um retrocesso nas conquistas sociais, através da implementação da agenda neoliberal, de um governo conservador, que comprime a responsabilidade do Estado e avança no projeto de privatização dos serviços estatais.

A proteção social, enquanto propósito da Seguridade Social, definha. Transmutou-se em fundo financeiro operado como ferramenta política para privilégios do legislativo, da magistratura e dos militares, e cerceamento de certezas sociais do trabalhador, sua família e seus filhos. Nessa mutação, a moeda proteção social é cunhada como uma commodity de alto valor, transgressor da ética da dignidade humana, porém com efetivos resultados para a comercialização de apoios neoliberais fundados em desigualdades socioeconômicas (SPOSATI, 2018, p. 2324).

Ampliando a concepção de fontes de apoio social para além das instituições ou pessoas, uma fonte recorrentemente referenciada pelas mulheres foi Deus. Apesar da Igreja não surgir como instituição de apoio, Deus surge. Nos discursos das mulheres, apareceu de forma recorrente Deus como “alguém” ou uma entidade capaz de prover ajuda de diferentes ordens: dar dinheiro, possibilitar melhoras na qualidade de vida, ter saúde, acessar a força e a coragem para enfrentar as dificuldades e capacidade de vivenciar momentos difíceis, possibilitar proteção aos familiares. Nas entrevistas e oficinas Deus apareceu como capaz de controlar os acontecimentos cotidianos e frente a um cenário de total desamparo e desassistência, a crença nesta entidade aparece como capaz de gerar forças de capacidade de resistir. Algumas falas que seguem ilustram tal realidade:

Pesquisadora: Quando vocês tã com uma necessidade, com um problema, né, passando por uma necessidade, vocês pedem ajuda onde? A quem?

Margarida: A Deus.

Maria: A Deus. Deus passa muita coisa na nossa vida.

Margarida: Justamente. Num é o que eu digo: num adianta nós gritar, nós chorar, nós se maldizer. Por quê? Não adianta. Porque só tem Deus pra socorrer nós. Só Deus! Só Deus!

(OFICINA 02 – PROVIDÊNCIA)

Uma das entrevistadas, após narrar uma série de problemáticas que viveu em decorrência da pobreza e do assassinato de um de seus filhos, Silvia diz encontrar apoio e força de enfrentamento em Deus: “Mulher, força demais mermo eu tiro...ela vem de Deus, é uma força mesmo que eu sei que eu nunca pensei em ter na minha vida. E eu tenho tanta fé em Deus porque eu sei que a força que eu tenho é Deus quem me dá (SILVIA, Entrevista Individual).

Apesar do quão pode parecer inapropriado classificar Deus como uma pessoa ou instituição, uma vez que possui uma materialidade e sua existência situa-se no plano simbólico, não podemos desconsiderá-lo como fonte apoio. Isto porque Ele surge de forma recorrente na fala das mulheres, que afirmam encontrar Nele uma fonte de apoio.

Estudos apontam a espiritualidade como fator protetivo aos sujeitos, favoráveis aos processos de desenvolvimento humano e resiliência (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018; CARVALHO *et al.*, 2006) e fortalecimento (CARVALHO, 2010). A crença e a fé em Deus, ou entidade superiora podem ser promotoras de saúde (PINHEIRO; SANTOS; SANTOS, 2009; VALLA, 2000), além de auxiliarem no enfretamento dos sofrimentos cotidianos (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008).

A ideia de Deus como uma pessoa ou alguém se relaciona com a compreensão de que Este tudo pode ou determina. Apesar desta crença possibilitar aos sujeitos acessar uma “força” ou fortalecimento, pode também desencadear um comportamento resignado frente a vida.

A senhora ta satisfeita com seu padrão de vida? Padrão de vida é as coisa que a gente tem, o jeito que você vive, as coisas que você possui.

S: Tou minha fia, sabe por quê? Até aqui foi a sorte que Deus me deu, né? Até aqui foi a sorte que Deus me deu. Vivo bem assim porque graças a Deus a gente vevi bem, a famia tudo unido, né? Saúde principalmente... Eu não tenho muita saúde...

(ROSA, Entrevista Individual)

Uma atitude fatalista frente a vida considera que o destino é algo dado, como uma “sorte” e predeterminado por outrem. O cenário de incerteza e indefinição em que vive a população em pobreza reforça tal atitude (XIMENES; CIDADE, 2016). Incerteza, insegurança, conformação e apatia são formas de lidar com a realidade próprias ao fenômeno do fatalismo (BLANCO; DÍAS, 2007). Frente a um cenário de baixo controle sobre a vida e de vivência de privações sobrepostas atribuir uma causalidade e/ou solução para estas a uma entidade superiora pode favorecer a processos de minimização do sofrimento. O que favorece a um processo de distanciamento emocional da realidade, uma alternativa possível frente a uma realidade extremamente opressora (MARTÍN-BARÓ, 1998). Por outro lado, discursos religiosos podem contribuir para uma naturalização das desigualdades sociais (MARIOSA; PINHEIRO; MAYORGA, 2019).

Se por um lado, uma atitude fatalista permite ao sujeito uma certa “proteção” aos sofrimentos, por outro enfraquece os processos de participação social (VALLEJO-MARTÍN, MORENO-JIMÉNEZ; RÍOS-RODRIGUEZ, 2017), uma vez que o sujeito compreende que cabe a Outrem o poder de intervir na realidade. Deste modo, podemos considerar que a crença em Deus como fonte de apoio é capaz de promover processos de enfrentamento das adversidades, uma vez que potencializa o fortalecimento dos sujeitos. Entretanto também contribui para o fatalismo, apatia e distanciamento emocional da realidade.

5.4.2 Tipos de apoio social e seus efeitos na vivência de mulheres rurais

O estudo objetivou também investigar os tipos de apoio social que as mulheres em contextos de pobreza recorrem, o que tem intima relação com os efeitos promovidos. Neste momento, apresentaremos os resultados encontrados a luz da discussão teórica. Os tipos de

apoio encontrados envolvem desde recursos e materiais necessários no dia a dia, contribuição nas atividades laborais domésticas e da agricultura, no cuidado com a família, no cuidado pessoal, assim como companhia, afeto, escuta e amparo nos momentos de dificuldade.

Como relatado anteriormente, as mulheres recorrem a outras mulheres da família no desenvolvimento das atividades domésticas. Cozinhar, lavar roupa, limpar a casa, levar os filhos para consultas e escola, são ajudas mencionadas pelas mulheres. Os relatos que seguem exemplificam tais ajudas:

Maria: [...] a minha mais velha faz tudo. Quando eu tô lavando roupa, aí minha filha também cuida da casa porque eu fico lavando roupa, né. Aí ela varre a casa, passa o pano, cozinha. Aí eu boto feijão o fogo.

(MARIA, Oficina 01 - Providência)

Pesquisadora: Se você pedir ajuda a família, tem?

Carla: Minha família, você sabe, né? É minhas fia...

Pesquisadora: Mas se você pedir ajuda a elas, tem?

Carla: Tem. As vezes quando eu não tou com condição assim de fazer as coisa, elas vem, começa ali e faz.

(CARLA, Entrevista Individual)

Pesquisadora: quando tu tem alguma dificuldade, tu conta com quem?

Natália: Conto com a minha irmã. Né? Quando eu fui com essa menina [aponta para a filha] aí pra Caucaia. Né? Pra consulta dela, contava mais era minha irmã pra ir com ela.

(NATÁLIA, Entrevista Individual)

Podemos perceber que as estratégias de sobrevivência criadas pelas famílias pobres estão relacionadas ao estabelecimento de uma rede de sustentação mútua que as permita enfrentar os momentos de dificuldade (NAIF *et al.*, 2007). Nesta rede são partilhados alimentos, materiais e atividades domésticas, cuidado de familiares. É importante destacar que em relação aos cuidados domésticos as mulheres relatam buscar apoio apenas nos momentos em que não conseguem executar tal atividade. O que demonstra uma compreensão, por parte das mulheres, de que as atividades domésticas são de sua responsabilidade exclusiva.

Outro tipo de ajuda solicitada são produtos domésticos. *“Às vezes quando eu tô precisando assim, de um sabão, que eu tô precisando lavar roupa, num tem, assim, um sabão, aí eu chego lá: Perpétua [uma amiga vizinha], eu não tenho um pedacinho de sabão nem pra lavar as louças. E ela me arranja.”* (ROSA, Entrevista Individual). Percebemos que mesmo em um contexto de privação, os sujeitos estabelecem redes de solidariedade onde o pouco que se tem é compartilhado.

Alimentação é outro tema mencionado ao falar das ajudas. As participantes mencionam solicitar ajuda no preparo dos alimentos para a família, quando necessitam se ausentar da função, e solicitar o alimento. O primeiro tipo de ajuda é feito a mães, irmãs,

amigas, filhas, esposos. Já o segundo a amigos, vizinhos, familiares e instituições como o CRAS, como relata Natália (Entrevista Individual) “o CRAS eu fui uma vez atrás da cesta que tavam dando, agora não tem mais não. Né?”. Carla também relata receber alimentos no CRAS:

Pesquisadora: No serviço? Serviço de convivência...tu pede ajuda lá?

Carla: No CRAS? Já. Já me ajudaram.

Pesquisadora: E sempre te ajudam, quando tu pede?

Carla: Me ajuda, nunca faltaram, é difícil. As vezes eu tou assim sem nada chego lá peço ...

Pesquisadora: Comida? É? O que mais que tu pede lá?

Carla: Aí agora eu tô recebendo o leite...

Pesquisadora: O leite.

Carla: Aí tudo é ajuda, né? Pra mim eu fico muito grata a eles por essas ajuda.

Pesquisadora: Certo. E no posto?

Carla: No posto também quando eu preciso receber meu remédio eu vou...

Pesquisadora: Sempre tem?

Carla: Quando não tem tudo, tem uma parte.

(CARLA, Entrevista Individual)

Além da Unidade Básica de Saúde, os remédios também são pedidos na Secretaria de Saúde, às pessoas amigas ou familiares. Uma das entrevistadas diz solicitar a filha que trabalha em uma clínica particular. Os remédios são solicitados a terceiros quando não são disponibilizados pela prefeitura. “Quando não tem remédio, eu compro. E quando eu não tenho o dinheiro pra comprar, eu pego emprestado” (MARIA, Oficina 01 - Providência).

Dinheiro é outro recurso solicitado pelas participantes. Ao relatar a necessidade de pedir dinheiro, as participantes dizem buscar ajuda entre os familiares mais próximos, ao companheiro, a mãe aposentada, a um tio. Percebe-se que mesmo com pouco acesso ao dinheiro, muitas vezes vivendo em privação de renda também, os mais próximos criam uma rede de ajuda entre si. Os relatos que seguem apresentam tal realidade:

Silvia: Dinheiro, eu já conto com a minha mãe, conto com meu companheiro. É assim, minha mãe muitas vezes quando ela recebe o ganho dela, ela as vezes me ajuda com um quilo de arroz, porque realmente ele é bem de vida, mas é quando ele tá com a venda do peixe, mas tando parado mesmo, ele vai bem ali faz um frete, o frete fica fiado pra outra quinzena, pra outro mês, no final das conta, quando chega o momento que ele quer uma gasolina, se eu tiver algum trocado dentro de casa, porque muitas vezes também eu faço tapete, sabe.

(Entrevista Individual)

Pesquisadora: E já precisou, teve situação de pedir dinheiro pra poder comer, pedir pra alguém?

Carla: Eu peço a minha mãe, né?

Pesquisadora: Pede pra mãe.

Carla: É as vezes ta faltando alguma coisa eu vou lá na mae e me da...é assim.

Pesquisadora: E a mãe é aposentada?

Carla: A mãe é. Aí ela me dá uma ajudinha sempre.

Pesquisadora: Além dela tu pede ajuda pra mais alguém?

Carla: Não peço não.

(CARLA, Entrevista Individual)

Percebe-se que o apoio financeiro é solicitado mais frequentemente entre os familiares, parentes próximos e, também pelas vias institucionais, através das políticas de transferência de renda, como o PBF. Os resultados apresentados anteriormente apontam a importância do programa, pela sua capacidade de gerar recurso financeiro, mesmo que em pequenas proporções para as mulheres, o que possibilita a estas mais autonomia, possibilidades de planejamento do futuro, ressignificação do lugar que ocupam nas relações sociais (REGO; PINZANI, 2013; BANGOLIN; SOUZA; COMIN, 2012).

Segundo Lever e Martinez (2007), para os mais pobres a possibilidade de alcançar apoio financeiro nos membros da família nuclear se torna mais difícil, uma vez que frequentemente os mesmos também se encontram em condições de alta privação monetária. O fato de ter que recorrer rede de apoio mais ampla, extrapolando aos sujeitos em que se tem mais intimidade, expõe as mulheres ao sentimento de vergonha.

Nos relatos foi frequente a relação entre sentimentos de vergonha e o ato de pedir dinheiro. Ana (Entrevista Individual) nos relata: *“Eu peço alguma coisa pro meu tio, passo vergonha pra pedir, aí quando chego dinheiro eu vou lá e eu pago”*. Uma dela relata que durante a infância necessitou pedir esmola. Durante a segunda oficina realizada em Providência o tema da vergonha em pedir ajuda surgiu.

Pesquisadora: Se tu chegar lá com alguma necessidade...

Margarida: A minha mãe dizia pra mim: “- Minha filha, no dia que você não tiver em casa, vá buscar lá em casa.”

Lia: Eu fico com vergonha.

Margarida: Pois é num tinha coragem de dizer: Mãe eu num tenho comida em casa mais meus filhos. Eu não ia, eu ficava em casa.

Pesquisadora: A Lia disse: “eu tenho vergonha”. Vocês têm vergonha de pedir?

Margarida: Eu tenho. Agora eu me sinto assim, é de eu meter a mão no que é dos outros? Ah, eu peço, eu peço. Agora eu digo assim, eu já sai do dedo da minha mãe, do meu pai, fui viver na minha casa mais meu marido. Eu saí de lá sem nada, eu não tenho essa coragem, não, não vou mentir.

Não ter dinheiro e bens na sociedade capitalista, que se pauta nos princípios do individualismo e meritocracia, relaciona-se a ideia de não ter capacidade de gerir sua vida e ter sucesso. Deste modo, os sujeitos que se encontram em privação financeira frequentemente se percebem como inferiores, incapazes, culpados pela sua situação e expostos a humilhações. É neste cenário que surgem os sentimentos de vergonha, que implica em uma percepção de inferioridade e responsabilização do sujeito por esta condição (LA TAILLE, 2004). Inferioridade, culpa, depreciação de si, desprezo e humilhação são elementos que acompanham

a vergonha (FEITOSA *et al.*, 2012) estes são geradores de estresse psicossociais e sofrimento psíquico. Percebemos que pedir ajuda não é algo fácil para as mulheres entrevistadas, esta dificuldade aumenta quando se trata de pedir dinheiro. Podemos relacionar isso ao lugar social em que o dinheiro ocupa, status de valor pessoal e superioridade. Fazendo referência a fala de Dona Margarida, entretanto pior do que pedir é infringir a propriedade privada, outro elemento extremamente valorizado na sociedade capitalista.

A privação financeira é capaz de gerar processos de fragilização dos sujeitos, vulnerabilizar estes ao adoecimento e sofrimento psíquico e favorecer os processos de desfiliação social. Assim, acessar ao recurso financeiro permite agir na saúde mental e fortalecimento dos sujeitos.

O apoio afetivo também foi relatado pelas participantes do estudo. Buscar companhia, afeto, uma escuta, um amparo foi presente no discurso das mulheres, de forma recorrente. A possibilidade de ter uma conversa amiga, uma escuta nos momentos de tristeza gera ânimo e promove bem-estar. Tanto nas entrevistas individuais quanto nas oficinas a temática se fez presente:

Margarida: Nós *samo* assim, nós como amiga uma das outras. Por acaso, se eu *tô* doente...

Participante X: Ela tá triste com alguma coisa, tá tipo assim, com depressão, aí a gente faz as coisas, resolve as coisas, assim, uma coisa que ela queira, né. A gente vai pra lá e conversa com ela e dá certo. Aí, a pessoa cria um ânimo, aí se resolve, né.

Participante Y: Eu, às vezes, quando *tô* dentro de casa, assim triste, as meninas vão pro colégio, né, eu ligo pra minha irmã, chamo ela pra vir passar um pedacinho mais eu também, passa a tarde conversando. Com isso daí já fico melhor.

(Oficina 02 - Providência)

Este processo ocorre a partir de uma relação de confiança: “Mas é naquele sentido, se eu vô me abrir pra ela, contar o que eu *tô* sentindo, porque eu *tô* confiando nela e o que ela tá fazendo dela pra mim é a mesma coisa.” (SILVIA, Entrevista Individual). Fica evidente que as mulheres se acolhem e compartilham suas forças e suas dores. As mulheres de Providência, participantes da oficina, relatam que o fato de morarem perto e viverem contextos de vida semelhantes promove entre elas um sentimento de identificação, amparo e proteção, o que favorece a partilha de suas dores e contribui para a resolução e superação dos problemas de forma coletiva. Quando indagadas se têm com quem desabafar nos momentos de dificuldade, Dona Margarida responde:

Margarida: Não, nesse ponto aí, graças a Deus, a gente é amigo. Chega, desabafa. Ela aí [aponta para uma das participantes da oficina] mora perto de nós, aí ela vai lá pra casa, às vezes a gente conversa. Ajuda uma a outra como da família. Essa daqui [aponta para outra] já mora longe, mas quando nós se encontra a gente conversa. Eu digo assim, no ponto de nós ajudar uns aos outros. Por que eu acho que a gente vive

tudo numa condição só. Agora sobre isso daí, de nós desabafar, qualquer uma, ah, isso daí, graças a Deus, nós todos somos amigo, graças a Deus.
(MARGARIDA, Oficina 2 - Providência)

Vínculos e relações sociais significativas permitem que os indivíduos se desenvolvam emocionalmente e ampliem seus recursos favorecendo a satisfação e saúde mental (YUNES; JULIANO, 2016). Estudos tem mostrado que se sentir amado, amparado, protegido, cuidado, assim como ter amigo íntimos está relacionado a menores índices de depressão, ansiedade, melhor capacidade de lidar com o estresse e minimização dos efeitos deste (COSTA; LUDEMIR, 2005). Savi (2010) relata que para mulheres, a criação e fortalecimento de espaços coletivos de convivência tem possibilitado às mulheres compartilhar suas experiências singulares, atribuindo a estas novos sentidos e se fortalecerem em sua identidade pessoal e coletiva. Neste sentido, destaca Zanello (2017, 2016) que intervenções que favoreçam a troca de experiências e o apoio grupal são importantes ao fortalecimento de mulheres e aos processos de desnaturalização dos sofrimentos vividos.

As emoções e afetos produzidos nas relações que estabelecemos no social são motores dos processos de constituição de si e constituintes nas produções de sentidos de si e do mundo. Apesar de se realizarem em um plano intrapsíquico, subjetivo este surge das relações interpessoais (MOLON, 2011). O intrapsíquico surge a partir de uma realidade social concreta, emoção está sempre impregnada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial (MAGIOLINO, 2014). Nos tornamos humanos a partir das relações que estabelecemos em sociedade, é neste cenário que se dão os processos de desenvolvimento humano. Os sentidos e afetos partilhados socialmente são capazes de configurar terreno fértil para o desenvolvimento dos sujeitos, assim como para o seu padecimento. Assim, o apoio afetivo, existente a partir das relações sociais significativas, é capaz de promover saúde em bem-estar para os sujeitos, impulsionando processos de desenvolvimento pessoal.

Quando indagadas se tinham ajuda quando adoeciam algumas mulheres responderam que sim, que podiam contar com os companheiros e esposos, outras que contavam com amigas, irmãs e/ou mães. Entretanto, algumas relataram não ter com quem contar, que mesmo doentes seguiam com os cuidados domésticos e responsabilidades com a família. As mulheres da Serrota comentam:

Pesquisadora: E quando vocês adoecem, por exemplo?

Lúcia: Eu, quando adoço, eu me deito ali numa rede, quando eu meloro eu me levanto, faço um remédio e bebo. Nunca precisei de ir pro hospital não

Participante 1: Eu peguei a chicungunya e passei dois mês alejadinha, mas tinha que ir deixar na escola e ir buscar. Eu tenho medo de ir no hospital buscar coisa, por isso que é melhor ficar em casa, num instante eu fico boa.

Participante 2: Quando eu adoeci, o marido cuidou da casa e cuidou dos filho.

Participante 3: Pois mulher, levanta a mão pro céu e agradece muito a Deus por ter um marido desse!

Participante 1: Quando eu peguei a chicungunya, eu passei 2 ou foi 3 dia sem poder me levantar assim. Aí eu:” Ôh meu Deus, tomara que meu marido já chegue pra me levar pra UPA”. Quando pensei que não, meu marido chegou: “Ai, ai, ai”.

(Oficina 01 - Serrota)

O lugar socialmente estabelecido ao cuidador na sociedade patriarcal é eminentemente feminino. Na sociedade atual, apesar da existência de mudanças desta realidade, esta ainda é pequena, posto que mulheres ainda maioritariamente exercem a função de cuidadoras (TERRÒN; PALOMO, 2013; KRMPOTIC; IESO, 2010). Fenômeno este que se intensifica quando tratamos da realidade do contexto rural, onde há sobrecarga das mulheres, pois estas exercem trabalho doméstico, cuidado familiar e trabalho agrícola, em um cenário rígidos de papéis sociais de gênero (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Tal sobrecarga é percebida pelas mulheres entrevistadas. Lúcia relata o desafio de ser cuidadora da mãe idosa (além das duas filhas pequenas), após o falecimento de seu pai:

Entrevistadora: Teu pai teve um AVC?

Lúcia: É. Durante três mês, mas era dentro do hospital, mas era com ele...aí faleceu...aí ela foi morar mais um fi dela por lá, vivia que nem gato e cachorro. Aí eles disseram que não queriam mais ela lá. Não sei. Só sei que eu disse: “mãe, mas a senhora num é cachorro, se a senhora quiser ir dormir lá em casa, tem vaga. Quer ir agora? Eu levo”. Aí eu trouxe. Quando foi no outro dia as coisa dela chegou. Aí tudo bagunçado, mas chegou. Eles jogaram dentro do carro lá e botaram pra cá. Ela tá mais eu. As vezes ela reclama, mas é porque as vezes ela abusa muito da gente. Não é todo dia que a gente tá pra aguentar abuso não. Aí eu tacho a língua pra cima, aí ela vai chorar. Mas depois tudo passa. Ela tem que entender que só sobrou eu mesma pra cuidar dela, porque os outros não vem nem aqui. Eu que levo ela pra hospital, levo ela pra hospital. Eles sabem e não vêm nem aqui pra saber como é que ela tá. A minha vida é assim. É mei corrida, quando não é com um é com outro.

(LÚCIA, Entrevista Individual)

Assim como no discurso de Lúcia, muitas mulheres apontam para esta sobrecarga e sentimento de solidão frente as responsabilidades do cuidado familiar, quando não são compartilhadas. O fato de se casar e ter filhos aumenta a sobrecarga das mulheres. O discurso de Dona Margarida aponta para esta realidade quando indagada sobre as diferenças entre homens e mulheres:

Margarida: Porque o homem, é o seguinte: ele trabalha pra sustentar a casa também, tá entendendo? Só que o serviço dele só é um, minha filha. Só é um. Ele tá ali na roça, ele tá ali pensativo só naquele serviço. Mesmo que ele pense nos filhos, mas ele não tá preocupado com o tanto que nós *tamo*. Ele quer saber se ele chega em casa e o almoço tá pronto. Roupa lavadinha, tudo nas mãos dele. Por isso que eu acho que em certos pontos a mulher trabalha mais do que o homem, tem mais preocupação do que homem. Tem muitos deles que têm, mas tem deles que não tão nem aí. “Mulher lá faz nada. Só véve dentro de casa”. Né?

(MARGARIDA, Oficina 02 - Providência)

Ao discutimos a sobrecarga vivida pelas mulheres, que impacta nos indicadores de saúde e qualidade de vida das mesmas, estamos nos propondo a discutir a falta de apoio social que estas vivenciam. Ao se colocarem e serem postas culturalmente no lugar de responsáveis pelo trabalho doméstico, faz com que haja uma compreensão limitada dos atores sociais que devem compor a rede social responsável pela vida no contexto privado/doméstico. Uma vez que há uma desresponsabilização dos homens e poder público nesta atividade fundamental para a manutenção da vida. Assim a rede de apoio social, onde se estabelecem trocas sociais de recursos materiais, informacionais e afetivos se apresenta limitada, pesando para o coletivo de mulheres que desempenha maioritariamente sua função. Quando problematizamos o contexto de pobreza rural esta questão se complexifica, pois ela se estabelece em um cenário de privações diversas que potencializam as fragilidades e mitigam os potenciais humanos. A criação de uma sociedade mais igualitária, passa necessariamente pela presença mais efetiva do Estado e dos homens na composição desta rede social de apoio.

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

O capítulo que segue é apresentado em um formato diferente dos anteriores, pois está escrito em formato de artigo, nos moldes da Revista Interamericana de Psicologia, onde foi aceito para publicação (ANEXO B). O mesmo irá compor o anuário de Psicologia Comunitária, a ser publicado em 2020. A seguir são apresentadas todas as partes que compõe o manuscrito, exceto resumo e referências.

A pobreza é um fenômeno multidimensional (SEN, 2010), forjada em meio à sociedade capitalista, com implicações socioeconômicas, políticas, culturais e singulares. No Brasil, o contexto rural apresenta os piores indicadores de pobreza (SOUZA; OSÓRIO, 2013) e uma série de problemáticas sociais (LEITE *et al.* 2013), além de altos índices de transtornos psiquiátricos menores entre trabalhadores rurais, em especial mulheres (COSTA; LUDEMIR, 2005).

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

A pauperização de grande parte da população é resultante de processos de desumanização desta, obrigada a viver em condições de indignas de vida. As injustiças e desigualdades atuam estabelecendo às pessoas que vivem na pobreza um lugar de desqualificação na sociedade (YASBEC, 2012). A problematização das implicações psicológicas da vida em condições de pobreza compreende que estas são capazes de produzir efeitos no bem-estar e nos estados de saúde da população, além de impactar em formas singulares de expressão no psiquismo (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012). Assim, as condições e contradições da vida em pobreza são produtoras de sofrimentos psicossociais nas populações que a vivenciam. As desigualdades sociais provocam sentimentos de humilhação,

inferioridade, baixo controle sobre as condições de vida e impotência e tais sentimentos têm íntima relação com as experiências de sofrimento psíquico (LUDEMIR, 2008).

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

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

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

O conceito de TMC foi proposto por Goldberg e Huxley e se refere aos problemas de saúde mental que caracterizam-se por ser um transtorno mental não psicótico e sem patologia

orgânica associada, expresso através de “sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002, p. 214). Para Patel e Kleinman (2003), a associação entre pobreza e TMC relaciona-se a fatores como a experiência de insegurança e desesperança, rápidas mudanças sociais e riscos de violência física, todos citados anteriormente.

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

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

Ao atentarmos para a pobreza no contexto rural, em especial para o modo de vida das mulheres, o apoio social poderá ocupar um lugar de suma importância, uma vez que neste cenário são frequentes problemáticas como a desassistência das políticas públicas, em especial, das políticas de saúde e assistência social, o desemprego, a fome, entre outras (LEITE *et al.*, 2013). Intensificam tais questões quando consideramos a realidade feminina, na qual soma-se a violência de gênero, a sobrecarga laboral e os altos indicadores de TMC (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Deste modo, o objetivo desse estudo é analisar as relações entre

saúde mental e o apoio social em mulheres que vivem em condições de pobreza, em comunidades rurais do Norte e Nordeste do Brasil.

6.1 Metodologia

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

6.1.1 Participantes

Participaram da amostra 511 mulheres, adultas moradoras de comunidades rurais Pentecoste/BR (N=272) e Humaitá/BR (N=239). No total foram pesquisadas 34 comunidades (Pentecoste=14 e Humaitá=20). A Tabela 21 apresenta o perfil das mulheres participantes do estudo.

Tabela 21 - Perfil das mulheres participantes da pesquisa nos municípios de Pentecoste/BR e Humaitá/BR

Variáveis	Pentecoste/BR		Humaitá/BR		
	N	% Válida	N	% Válida	
Cor	<i>Branca</i>	48	17,6	36	17,60
	<i>Preta</i>	14	5,1	10	5,10
	<i>Parda/morena</i>	198	72,8	181	72,80
	<i>Amarela/indígena</i>	12	4,40	11	4,60
Idade	<i>Jovem</i>	76	27,9	120	51,7
	<i>Adulto</i>	154	56,6	91	39,2
	<i>Idoso</i>	42	15,4	21	9,1
Estado Civil	<i>Solteiro(a)</i>	40	14,7	104	43,50
	<i>Casado(a)/mora com um(a) companheiro(a)</i>	203	74,6	119	50,00
	<i>Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)</i>	15	5,5	07	2,9
	<i>Viúvo(a)</i>	14	5,1	08	3,4
Renda Pessoal	<i>0 a ¼ de SM</i>	112	41,9	57	29,8
	<i>Maior ¼ até ½ SM</i>	41	15,4	32	16,8
	<i>Maior ½ até 1 SM</i>	82	30,7	70	36,6
	<i>Maior 1 até 1 e 1/2 SM</i>	13	4,9	12	6,3
	<i>Maior 1 e 1/2 SM</i>	19	7,1	20	10,5

Escolaridade	<i>Nunca frequentou a escola</i>	15	5,5	19	8,5
	<i>Até 5 anos</i>	91	33,5	50	22,3
	<i>De 6 a 9 anos</i>	54	19,9	38	17,0
	<i>De 10 a 11 anos</i>	29	10,7	25	11,2
	<i>De 12 anos ou mais</i>	83	30,5	92	41,1
Trabalho	<i>Desempregado</i>	162	60,4	142	60,7
	<i>Trabalho Informal</i>	63	23,50	61	26,1
	<i>Trabalho Formal</i>	43	16,00	31	13,2
Pobreza Multidimensional	<i>Fraca</i>	14	10,8	14	10,4
	<i>Fraca a Moderada</i>	64	49,2	62	45,9
	<i>Moderada a Intensa</i>	41	31,5	46	34,1
	<i>Intensa</i>	11	08,5	13	09,6

*Divisão em função dos quartis de pobreza multidimensional

Fonte: Elaborado pelas autoras

6.1.2 Instrumentos

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

Na fase qualitativa, foram realizadas 05 oficinas temáticas diferentes, com 25 mulheres moradoras de duas comunidades de Pentecoste/BR (Serrota e Providência), com duração em média de 1 hora. As oficinas constituem-se como espaços facilitadores à troca dialógica e co-construção de sentidos entre os participantes e versaram sobre as categorias pobreza, gênero, apoio social e saúde mental, assim como foram apresentados e problematizados resultados encontrados na etapa quantitativa do estudo.

6.1.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A aplicação dos questionários foi realizada prioritariamente de forma individual nos domicílios ou em grupos e foram aplicados pela equipe de pesquisa. As oficinas foram

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

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

6.2 Resultados e Discussão

6.2.1 Expressão do sofrimento psíquico em mulheres rurais

Os resultados de saúde mental revelam que 45,5% (N=217) da amostra total apresenta prevalência para os TMC. Ao dividirmos a amostra em função dos quartis de pobreza multidimensional, observamos que a maior prevalência de TMC está entre as mulheres que se encontram em pobreza multidimensional moderada a intensa (62,4%; N=53), seguido das em pobreza intensa (54,5%; N=12). Já as mulheres em pobreza multidimensional fraca apresentam prevalência de 48,1% (N=13) e as em pobreza multidimensional moderada a fraca 40% (N=48). Os TMC são mais prevalentes entre mulheres com renda pessoal de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo (48,9%) e desempregadas (45,6%). Tais resultados vão ao encontro da pesquisa de Costa, Dimenstein e Leite (2014) que aponta uma alta prevalência de TMC entre mulheres moradoras de assentamento rural. Os autores identificam como fatores que se interseccionam na produção de tal realidade: o lugar social destinado à mulher, a pobreza, a violência doméstica e a sobrecarga laboral, elementos também destacados neste estudo. Realidade também destaca por Savi (2010), em pesquisa com mulheres moradoras de comunidades urbanas, o que demonstra semelhanças entre tais contextos.

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

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

(Oficina 01 - Providência).

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

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

Entretanto, percebe-se também uma resistência das mulheres a tal realidade, muitas relatam não aceitar companheiros violentos, denunciando o machismo existente. “*Mas eu me juntei com um, uma vez ele puxou o meu cabelo, aí eu deixei logo. Jamais eu aceito de jeito nenhum, não aceito. Num aceitava apanhar nem da mãe e do pai da gente, vou aceitar apanhar de macho?*” (Oficina 01 - Providência).

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

Os itens do SRQ-20 mais mencionados pelas participantes foram: *sentir dor de cabeça frequente* (53,4%), relacionado aos sintomas somáticos; *sentir-se nervosa, tensa, preocupada* (63,8%) e *se sentido triste ultimamente* (43,4%), relacionados aos sintomas de humor

depressivo e ansioso; e *dificuldades para tomar decisões* (43,8%), sintoma relacionado ao decréscimo de energia. Durante as oficinas foi frequente o relato de nervosismo e uso de medicação psicotrópica. A dependência da medicação também é relatada por várias mulheres, assim como a existência de sintomas somáticos e humor depressivo. Uma das participantes se identifica com uma pessoa nervosa e a importância da medicação na sua vida: *“Eu sei que sou nervosa mesmo, ó. Sou. Ai eu já fui no médico, voltei, e ele queria passar remédio porque a gente depende do remédio. Mas nervosa eu sou. Às vezes eu fico me tremendo [risos]”* (Oficina 02 - Providência). Assim como esta participante, duas moradoras da comunidade Serrota também relatam outros sintomas como insônia, depressão, além do uso de medicação: *“Eu não dormia não, ai eu fui para a doutora, ai ela passou remédio e tô dormindo agora”* (Oficina 03 - Serrota). *“Eu já não choro, se eu chorasse aliviava, desde de 18 anos que eu tomo remédio para dormir, (...) 4 anos com depressão* (Oficina 03 - Serrota).

Para Fonseca (2008), apesar os TMC causarem prejuízos e sofrimentos significativos para os sujeitos envolvidos. A autora aponta que a problemática é recorrente nos serviços de atenção básica a saúde, entretanto há falta de qualificação profissional para sua a atenção. Assim como observado nos resultados do estudo, a OMS (2008) destaca o fato de que muitas vezes os sofrimentos psíquicos se expressam através de somatizações no corpo. Tal fato se observou entre as participantes que por vezes relatavam seus sofrimentos através de dores no corpo *“Ai começa logo aquela coisa dentro das minhas pernas logo, no corpo. Ai pronto, lé é uns três dias”* (Oficina 01 - Providência), de dores de cabeça *“Sinto, muito dor de cabeça, né. Tem até melhorado, mas aqui e acolá a gente sente”* (Oficina 02 - Serrota) e tremores no corpo.

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

Quando indagadas sobre as razões que levam as mulheres apresentarem maior incidência de transtornos mentais, comparadas aos homens, as participantes fazem menção às preocupações cotidianas vivadas pelas mulheres no contexto doméstico: *“É a preocupação é com tudo. Com a casa, com a família. E o homem que sai, às vezes tem o marido que bebe, né? Sai. Ali já é uma preocupação também. Tudo é preocupação”* (Oficina 02 - Providência). Neste

sentido, suas falas coadunam estudos que afirma que o sofrimento psíquico é perpassado por marcadores de gênero e se constroem a partir dos lugares sociais instituídos em função do sistema sexo/gênero (GARCÍA-CRUZ; VALENCIA; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ; ROCHA-SANCHEZ, 2017; ZANELLO, 2016; ROCHA-SÁNCHEZ; CRUZ DEL CASTILLO, 2013). Segundo a Zanello (2016), as principais queixas do sofrimento das mulheres relacionam-se ao dispositivo materno, traduzido através do cuidado da casa, dos filhos e do casamento.

6.2.2 Apoio Social: um importante recurso de enfrentamento

Os resultados em relação a média do EPSS, para amostra total, é 1,807 (DP=0,733). A média do fator Suporte Social Cognitivo-Instrumental foi 1,654 (DP=0,783) e do fator Suporte Social Emocional-Cooperativo foi 1,978 (DP=0,793). Ao compararmos os grupos em função dos quartis de pobreza, os resultados dos EPSS se apresentam da forma decrescente em função do aumento da pobreza, onde os mais pobres percebem menor apoio social (Tabela 22). A ANOVA revela que tal diferença não é significativa entre os grupos, a saber: SSP-TOTAL $F(3,244)= 1,473, p>0,05$; SSP- Cognitivo Instrumental $F(3,249)=2,066, p> 0,05$; e SSP – Emocional Cooperativo $F(3,253)=0,334, p> 0,05$.

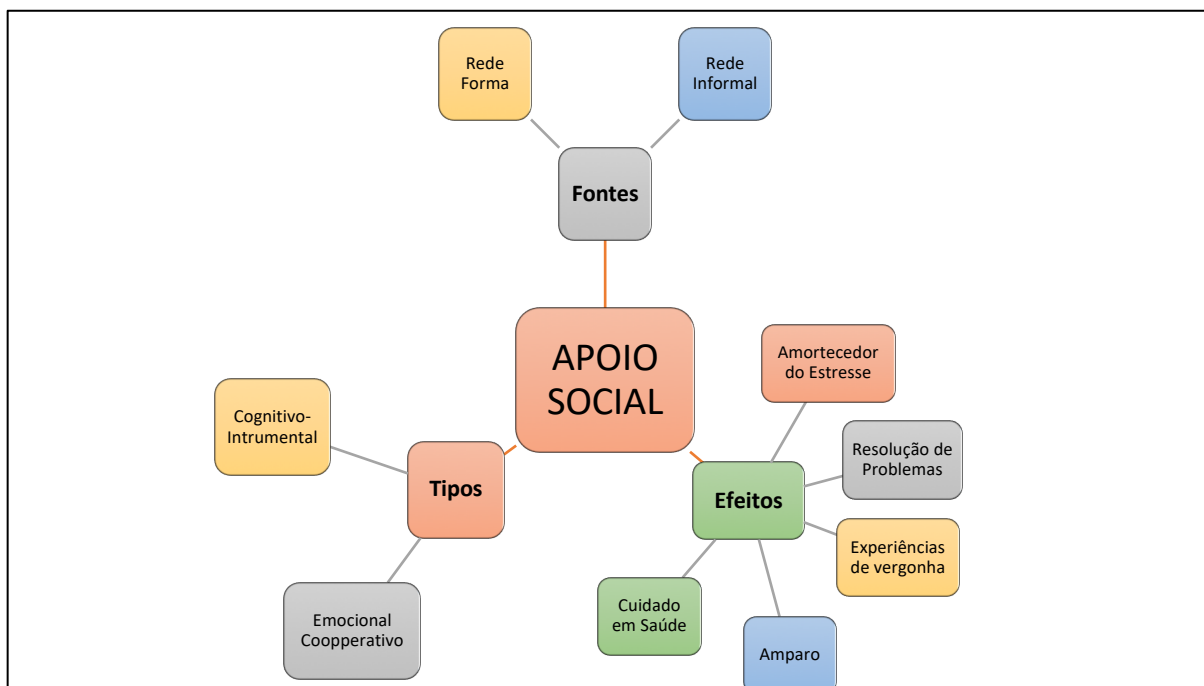
Tabela 22 - Percepção do suporte social em função dos quartis de pobreza multidimensional

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

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Figura 5 apresenta a síntese dos dados qualitativos relacionados ao apoio social. O mesmo apresenta que a categoria em análise em função das fontes de apoio formal e informal, dos efeitos do apoio social e dos tipos de apoio percebidos pelas participantes.

Figura 5 - Análise Qualitativa do Apoio Social em mulheres rurais



Fonte: Elaborado pelas autoras

Em relação as fontes e tipos de apoio os discursos apontam para uma importância da família e dos amigos nos momentos de necessidade de ajuda, sejam elas instrumentais ou afetivas. Mães, irmãs, amigas, companheiros e filhos são mencionados como pessoas para quem pedem apoio nos momentos difíceis. Os relatos de três participantes podem revelar tal realidade: ajuda financeira: “(...) esse remédio que eu tomo também, quando tem eu ainda vou pegar na Secretaria. Quando não tem eu compro. E quando não tem dinheiro pra comprar eu peço emprestado pras minhas amigas e vou comprar” (Oficina 02 - Providência); ajuda com as atividades de casa: “(...) pois, minha filha, a minha de nove anos por certas moças, eu não dou não. Porque ela me ajuda, óia, com nove anos, ela me ajuda a lavar roupa, ela varre casa, ela lava as coisas” (Oficina 02 - Providência); ajuda emocional: “(...) aquele dia eu tava tão péssima mesmo, só tava me segurando mesmo porque eu tava ali, (...) mas dentro de mim eu não era ninguém, aí quem me deu muita força também foi o meu companheiro que convive do meu lado” (Oficina 03 - Serrota).

Diversos tipos de ajudas são mencionados pelas participantes: dinheiro, comida, compartilhar das atividades domésticas, o cuidado com os filhos pequenos, o transporte para o acesso a um cuidado em saúde, outros. Os discursos permitem observar o quanto a articulação de uma rede de apoio social é importante no enfrentamento das adversidades cotidianas, o que faz com que as mulheres rurais atuem como articuladoras e mantenedoras das relações sociais

capazes de organização e geração das estratégias de sobrevivência (PINTO; PONTES; SILVA, 2013). Esta rede é o que permite também que muitas mulheres possam ter acesso a trabalho, renda e lazer, assim como diminuir a sobrecarga de trabalho.

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

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

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

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

(Oficina 02 - Providência).

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

(Oficina 01 - Providência).

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

É diferente, filha. Porque naquela época a gente era muito pobre. Hoje na minha casa eu tenho uma cisterna, que facilita, né. No inverno enche e a gente tem água pra beber o verão todinho. Até chegar o outro inverno ainda tem. Hoje eu tenho a minha pensão.

Sou aposentada, né. E recebo esses R\$118 real do Bolsa Família, já dá pra mim comprar alguma coisa pros meus netos. Um material pra eles, uma merenda pra eles, né (...). Por isso que eu digo que mudou. Mudou sim, mudou (Oficina 04). Melhorou demais! Tu é doida (risos)? Pra mim foi tudo? Porque a coisa pior que tem é a pessoa depender de homem, né? Quando a mulher passava pra receber esse bolsa família, homem não quer não, porque homem quer bater, quer humilhar, quer escarrar. Só porque dão um prato de comida, né? Agora quando a mulher passou pra receber o dinheiro, agora ele é que limpa os pés, mais os pés dela.

(Oficina 01 - Serrota).

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

Considerando a relação entre apoio social e saúde mental, a análise de correlação de *Pearson* entre TMC e percepção de apoio social se apresentou fraca, negativa e não significativa para a amostra total ($r=-0,04$, $p>0,05$). Entretanto, se considerarmos a amostra dividida nos quartis de pobreza multidimensional, a correlação de *Pearson* será moderada, negativa e significativa ($r= -0,589$, $p<0,05$) entre mulheres que estão em pobreza intensa. O mesmo ocorre para a correlação de *Pearson* de TMC e os fatores suporte cognitivo-instrumental ($r=-0,511$, $p<0,05$) e suporte emocional-cooperativo ($r= -0,589$, $p<0,05$), quando consideramos as mulheres em pobreza intensa. O mesmo não ocorre entre os outros quartis de pobreza, nos quais a correlação é não significativa ($p>0,05$). Os discursos evidenciam diferentes estratégias de apoio social no enfrentamento ao sofrimento psíquico.

As correlações negativas entre TMC e apoio social permitem uma problematização do efeito protetivo das ações de apoio social em relação a saúde mental para populações em contextos de extrema pobreza. Ao encontro dos estudos que mostram que o apoio social é capaz de produzir efeitos positivos sendo favoráveis à promoção da saúde e diminuição do estresse (GONÇALVES; PAWLOWSKI; BANDEIRA; PICCININI, 2011), além de gerar bem-estar (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Portanto, pode configurar-se como um importante recurso individual e coletivo ao enfrentamento de situações estressoras e desafiadoras. Frente às

situações de desamparo e falta de recursos para responder às demandas diárias, seja uma conta a pagar, uma comida a dar para um filho, ter acesso a uma medicação, alguém para compartilhar preocupações e tristezas, o apoio social apresenta-se como capaz de gerar soluções para uma problemática e gerar sentimentos de conforto e bem-estar. Deste modo, produz efeitos tanto no enfrentamento da pobreza, como do sofrimento psíquico, uma vez que atua amenizando os efeitos patogênicos do estresse e ampliando a capacidade de as pessoas lidarem com situações difíceis. (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

6.3 Conclusões e recomendações

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

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

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caminhada percorrida ao longo destes anos de construção deste estudo teve como fator orientador o sonho de construção de uma sociedade mais justa igualitária. Sonhar e esperar se tornam a cada dia imperativos, considerando o contexto atual em que vivemos, de avanço do conservadorismo, fortalecimento dos ideais neoliberais, minimização do Estado, fragilização das políticas sociais e o conseqüente aumento da pobreza, da desigualdade social e dos sofrimentos ético-políticos da população. Há que se criar uma outra realidade possível. Se dedicar ao estudo da vida de mulheres que vivem em condições de pobreza no contexto rural, entrar em contato com suas dores e lutas diárias, assim como com suas fortalezas nos alimentam neste sentido. A ciência psicológica segue com a necessidade da ampliação dos estudos e intervenções que considerem tal realidade e deve mostrar suas pesquisas têm encontrado.

Como pergunta norteadora do estudo, definimos: *Que influências se dão entre pobreza, apoio social e saúde mental em mulheres pobres no contexto rural?* Alinhada a esta pergunta, definimos como objetivo geral analisar as implicações psicossociais da pobreza e suas influências no apoio social e na saúde mental de mulheres em contexto rural. Os objetivos específicos são: comparar o índice de pobreza multidimensional de homens e mulheres, moradores de comunidades rurais do Norte e Nordeste brasileiro; analisar a saúde mental de mulheres que vivem em condições de pobreza; identificar a rede de apoio social de mulheres que vivem em condições de pobreza; analisar as influências entre apoio social e saúde mental em mulheres no contexto de pobreza rural.

O processo de pesquisa possibilitou um maior conhecimento sobre as implicações psicossociais da pobreza, sob o prisma da leitura de gênero. A análise destas implicações e suas influências na saúde mental e no apoio social de mulheres em contextos rurais, revelou uma pobreza que se expressa em sua multidimensionalidade e que impõe uma série de privações as mulheres rurais, manifestas em diversos âmbitos da vida. São altos os indicadores de privação nos contextos pesquisados, em especial nas dimensões trabalho, renda e educação. As mulheres apresentam piores indicadores de pobreza multidimensional e maior prevalência aos transtornos mentais comuns. A centralidade da responsabilidade da mulher com trabalho doméstico, o abandono dos homens no cuidado com os filhos, a violência de gênero e a ausência de uma rede formal de apoio social, provida pelo Estado que considere as desigualdades de gênero, somados às problemáticas sociais vividas no campo, são fatores que vulnerabilizam as mulheres rurais ao sofrimento psíquico e a pobreza. O apoio social formal e informal se apresentam como

importantes recursos protetivos a saúde mental e como estratégias coletivas de enfrentamento às problemáticas vividas.

Pobreza deve ser considerada em sua historicidade, rompendo com perspectivas naturalizantes e fatalistas, ademais deve ser contextualizada, compreendida em um processo social mais amplo e observada nas suas formas de configuração/expressão local. Enquanto fenômeno multidimensional, há que se evidenciar a diversidades de fatores influentes na vida dos sujeitos que a vivenciam, uma vez que a experiência de homens e mulheres, moradores de contexto rural ou urbano, se dá de maneira diferenciada. As problemáticas existentes no contexto rural intensificam a vivência da pobreza; como o distanciamento geográfico em função ausência ou presença precária de estradas; ausência de um sistema público de transporte; maior vulnerabilidade aos fenômenos socioambientais como a seca, inundações e queimadas; presença incipiente das políticas de assistência social, saúde e que tratem da primeira infância; baixo alcance dos serviços sociais; marcante desemprego; ausência creches; além de problemas de saúde mental, como o uso abusivo de álcool e outras drogas. Entrelaçada a estas questões, o estudo revela que as mulheres, quando comparadas aos homens apresentarão uma diversidade vulnerabilidades próprias ao gênero.

O estudo revelou que as mulheres nos dois municípios apresentam maior privação em relação aos aspectos psicossociais da pobreza, ao trabalho e renda e em relação à pobreza multidimensional total. Há assimetrias existentes entre os sujeitos, as interseccionalidades entre gênero, pobreza e ruralidade colocam mulheres em uma condição de maior vulnerabilidade social. O fato de mulheres estarem mais vulneráveis a privação de renda e trabalho, as situam em uma teia de vulnerabilidades que se imbricam e limitam o exercício do poder e liberdade destas. Para o enfrentamento da pobreza entre as mulheres é importante que sejam considerados fatores como existência de uma mudança cultural que imprima uma concepção que o trabalho doméstico é responsabilidades de homens e mulheres, inclui-se aí o cuidado com os filhos, com a casa e a família, o que implica romper com compreensões biologizantes sobre os gêneros, que situam as mulheres na esfera privada e os homens na pública. Ademais é contundente a criação e ampliação de creches de tempo integral e/ou parcial, a ampliação do acesso a bens (lavadora de roupas, por exemplo), além de viabilizar a ampliação do acesso a renda, trabalho, educação e qualificação profissional, saúde, transporte e moradia digna. É fundamental que o Estado crie políticas específicas às mulheres que possibilitem medidas equitativas e que diminuam desigualdades historicamente construídas nas esferas de poder entre homens e mulheres.

Desse modo, as concepções de análises da pobreza não devem desprezar as especificidades do gênero existentes, tampouco as assimetrias existentes nos contextos

familiares. A pesquisa revela também que a pobreza se expressa em uma perspectiva multidimensional e que se apresentam de diferentes formas em função dos grupos sujeitos que a vivenciam. Os sujeitos reconhecem pobreza além de uma dimensão material, sendo esta também moral e simbólica.

Os contextos Norte e Nordeste brasileiros se comportaram de forma muito semelhante em relação à pobreza e suas dimensões, apresentando altos indicadores de privação. Entretanto apresentaram diferenças, por exemplo, Pentecoste apresentou piores indicadores de moradia e Humaitá de educação. Estas semelhanças e diferenças apontam para processos históricos próximos entre Norte e Nordeste, mas demonstram também que cada contexto terá suas especificidades.

A avaliação da saúde mental revelou que os fatores socioeconômicos influem no desencadeamento do sofrimento psíquico e que este está intimamente relacionado aos modos de vida dos sujeitos. Tanto no que se relaciona aos fatores relacionados às condições de vida, quanto as relações sociais estabelecidas pelos sujeitos. Assim, os marcadores sociais de gênero, idade, local de moradia, condição socioeconômica, trabalho, estado civil, viver ou não em contexto de pobreza, impactam na saúde mental dos sujeitos.

Podemos compreender que a vida em um contexto de diversas privações, somado a cultura patriarcal que perpetua desigualdades de gênero, influi nos processos de saúde e sofrimento psíquico de mulheres rurais, favorecendo ao desencadear de problemáticas em saúde mental. As diversas vulnerabilidades constituem o fenômeno da pobreza de mulheres em uma perspectiva multidimensional e interseccional.

No contexto de pobreza rural pesquisado, as mulheres apresentaram os piores indicadores de Transtornos Mentais Comuns, quando comparadas aos homens. As mulheres reconhecem como influentes nesta realidade a sobrecarga de trabalho e as preocupações constates decorrentes da responsabilidade com o cuidado da família, o uso de abusivo de álcool e outras drogas pelo companheiro e familiares. Ao lado destes fatores, a vivência da violência de gênero se mostrou marcante, geradora de sofrimentos ao longo da vida das mulheres, desde a infância até a idade adulta. Percebemos como o gênero é categoria influente na produção do sofrimento psíquico e como o dispositivo materno e o heterocentrismo feminino estão presentes neste processo.

Homens e mulheres adoecem de forma diferenciada, enquanto para estas é mais frequente a depressão e ansiedade, para aqueles os problemas de alcoolismo e uso abusivo de outras substâncias psicoativas são mais recorrentes. No estudo, foram frequentes as queixas de nervosismo, tristeza e somatizações como dores de cabeça. Há um aspecto cultural no

desencadear do sofrimento psíquico e nos tipos de opressões sofridas por homens e mulheres. As queixas de mulheres e homens e a produção do sofrimento ocorrem em função das exigências performáticas e expectativas sociais criadas em torno dos que é ser homem e ser mulher. Isto impacta no modo de expressão de suas dores, assim como nos significados atribuídas a estas.

A análise das variáveis sociodemográficas relacionadas ao desencadear dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), apontou que as mulheres com baixa escolaridade, baixos rendimentos, que não exercem nenhuma atividade laborativa remunerada, que tem 6 ou mais filhos, que são viúvas ou casadas apresentaram maior prevalência ao TMC. Os indicadores de TMC também foram maiores entre as mulheres em pobreza multidimensional moderada a intensa e intensa. Fato que nos leva a compreender como os processo de saúde mental dizem muito sobre os aspectos da vida concreta dos sujeitos, das relações sociais instituídas por estes e do lugar social ocupado pelo sujeito na sociedade. Pobreza desencadeia, além da vivência de diversas privações, sentimentos de vergonha e experiências de humilhação, além da exposição do sujeito a uma diversidade de privações que o fragilizam e o vulnerabilizam aos transtornos mentais comuns.

Por um lado, o lugar social ocupado pelas mulheres centrado na vida privada e no trabalho doméstico e criação dos filhos é promotor de processos de adoecimento, decorrentes de um esgotamento e sobrecarga das mulheres. Por outro, as mulheres apresentam que a capacidade para o trabalho, a criação dos filhos, o cuidado da família, e a honestidade como fatores intrínsecos ao ser mulher, que as causam um sentimento de valorização pessoal e orgulho. Tais elementos são importantes para a promoção de saúde. Para algumas, a maternidade se apresentou como possibilidade de ressignificação a si, de estabelecimento de trocas afetivas positivas, além de obtenção de reconhecimento social.

No que se refere ao cuidado em saúde mental, o estudo revela um precário acesso aos serviços de saúde e uma centralidade do medicamento como recurso de tratamento. Os serviços especializados se situam distantes da moradia das mulheres, o alto custo para o deslocamento e as precárias estradas, intensificam as dificuldades de acesso a atenção em saúde mental. Como recursos de cuidados as mulheres citam: o uso de medicamentos naturais e momentos de autocuidado e lazer, as relações de amizade e afetivas de par e o trabalho agrícola e contato com a terra são promotores de saúde.

Uma vez que o apoio social é apontado na literatura científica como promotor de saúde e bem-estar, além de ser um importante recurso de enfrentamento à pobreza e ao sofrimento psíquico, a pesquisa objetivou identificar a rede de apoio social das mulheres

participantes da pesquisa. A rede de apoio social foi explorada considerando as fontes de apoio social acessadas, aos tipos de apoio solicitados e aos efeitos destes suportes.

No que tange as fontes de apoio social, as redes formal e informal foram mencionadas. Na composição da rede informal fazem parte familiares, amigos/amigas e vizinhos/vizinhas; já na rede formal foram citadas instituições ligadas às políticas públicas de saúde e assistência social. Ademais destas fontes, surgiu na fala das participantes, um apoio que se estabelece puramente no plano simbólico, representado por uma entidade superiora/divina, Deus, considerado como provedor de apoio.

Sobre o apoio informal da família e dos amigos, tiveram destaque, tendo uma presença marcante de figuras femininas (mães, filhas, irmãs e amigas), demonstrando um lugar central das mulheres nas ações de cuidado e ajuda. São redes de apoio femininas fundamentais aos sujeitos, principalmente quando as redes de proteção social formais são ineficientes ou deficitárias. Para algumas mulheres os filhos e companheiros também aparecem como sujeitos de cuidado, fato que revela possibilidades de reinvenção dos tradicionais papéis de gênero. Uma vez que aponta para uma maior ocupação dos homens do lugar de cuidado. Entretanto também foi comum que filhas e filhos fossem solicitados de formas diferentes, enquanto elas se dedicam ao trabalho doméstico, eles são demandados para o trabalho na agricultura, perpetuando a lógica tradicional de divisão sexual do trabalho. As relações de amizade possibilitam para as mulheres apoios afetivos e materiais.

Ainda sobre o apoio informal, a temática dos vizinhos como fonte apoio se mostrou diversa para participantes. Recorrida apenas por algumas e negada por outras, percebemos que as relações de vizinhança não se estabelecem de forma única e invariável no território, desconstruindo uma visão romântica de comunidade rural como um lugar harmônico, sem conflitos e uniforme. Há, na atualidade, no contexto rural, se aproximando da realidade urbana, a presença dos processos de fragilização e distanciamento das relações de vizinhança e ao não reconhecimento da comunidade como lugar de apoio social.

Considerando o apoio formal, há uma presença precarizada e insuficiente do Estado como provedor. O mesmo é provido por vias institucionais, com características mais impessoais, racionais ou contratuais. Apesar da debilidade da atuação do Estado, os discursos também apontaram para a importância dos apoios providos através das políticas governamentais e dos suportes que estas provêm. Revelam mudanças relevantes nas condições de vida das participantes resultado da presença das políticas sociais. O Programa Bolsa Família (PBF), o Programa de Cisternas e a Aposentadoria Rural foram apontados como importantes suportes que auxiliam na minimização e enfrentamento das dificuldades da vida em contextos

de pobreza no sertão. Apesar de pouco, o recurso do PBF é uma renda fixa importante para prover as necessidades básicas das famílias. Para as mulheres que criam seus filhos sem a ajuda do pai biológico, o recurso é um apoio fundamental, considerando a realidade de feminização da pobreza e desemprego estrutural e ausência de creches. A política de saúde também foi citada. O acesso aos cuidados em saúde ocorre de forma precarizada e dificultado pela não existência de uma política de mobilidades no contexto rural. Fica evidente a necessidade da ampliação das políticas sociais no contexto rural, implementando de fato um sistema de proteção social universal no campo. O cenário atual de retração dos investimentos governamentais nas políticas sociais, vai na contramão disso, contribuindo para os processos de intensificação da pobreza e dos sofrimentos dos sujeitos.

Deus/entidade divina surgiu como fonte de apoio para a participantes do estudo. A crença em Deus como fonte de apoio mostrou-se capaz de promover processos de enfrentamento das adversidades, uma vez que potencializa o fortalecimento dos sujeitos. Entretanto também contribui para o fatalismo e apatia e distanciamento emocional da realidade.

No que se refere aos tipos de apoio social, estes envolvem recursos materiais necessários no dia a dia, contribuição nas atividades laborais domésticas e da agricultura, no cuidado com a família, no cuidado pessoal, acesso a uma companhia, afeto, escuta e amparo nos momentos de dificuldade. Frequentemente se recorrem a outras mulheres da família no desenvolvimento das atividades domésticas. Cozinhar, lavar roupa, limpar a casa, levar os filhos para consultas e escola, são ajudas mencionadas pelas mulheres. Estas como estratégia de enfrentamento às adversidades, estabelecem uma rede de sustentação mútua que as permitem se fortalecer para enfrentar momentos de dificuldade. Nesta rede são partilhados alimentos, materiais e atividades domésticas, cuidado de familiares, remédios e afetos. Um dos efeitos alcançados através das redes de apoio é a ampliação do acesso a recursos materiais, informacionais e afetivos para enfrentar as problemáticas vividas. A ampliação dos recursos, permite a diminuição do estresse, assim como uma melhoria qualidade de vida, uma vez que ao sujeito é permitido uma maior possibilidade de transpor as adversidades, assim como fortalecido os sentimentos de amparo e proteção. Estes últimos têm relação com a promoção da saúde mental.

Os resultados indicam que quando há uma restrita rede de apoio social, surgem sentimentos de solidão e um aumento da sobrecarga vivida. Nos revelam também uma relação entre sentimentos de vergonha e humilhação em decorrência da necessidade de pedir ajuda. Tal prática se mostrou difícil para algumas mulheres, mesmo quando a rede acessada é composta por familiares e pessoas íntimas.

A análise do apoio social em relação aos quartis de pobreza, revelaram que há uma diminuição da percepção do apoio social a medida em que se intensifica a pobreza. Considerando a relação entre apoio social e saúde mental, para as mulheres em pobreza intensa ela é significativa e negativa. O mesmo ocorre quando abordamos os tipos de apoio emocional-cooperativo e cognitivo-instrumental. Podemos, assim, considerar que em um cenário de pobreza, a percepção do apoio influencia nos processos de sofrimento psíquico, podendo atuar como elemento protetivo a saúde.

A partir do exposto, podemos compreender que as relações entre pobreza, apoio social, saúde mental em mulheres rurais será atravessada pelos marcadores de gênero. Cada um destes fenômenos se expressará de forma articulada ao lugar social atribuído as mulheres. O contexto de pobreza potencializa o sofrimento das mulheres, uma vez que a sobrecarga laboral, a centralidade na esfera doméstica, a violência de gênero, o acesso dificultado ao trabalho formal e renda, próprios a vivência das mulheres, se intensificam quando articulados em um contexto de privações diversas, como a pobreza. A saúde mental do mesmo modo se constitui a partir do modo de vida das mulheres, assim o contexto de pobreza, as performatividades do gênero e a rede apoio disponível incidirão diretamente na construção dos processos de saúde, doença e cuidado em saúde mental. E por fim, a rede de apoio social formal e informal tomará configurações peculiares em função do contexto onde se dá, dos sujeitos que a acessam e a compõe. Uma maior ou menor presença do Estado como provedor de apoio formal implica diretamente nas possibilidades dos sujeitos em condição de pobreza enfrentarem ou não as desigualdades e opressões vividas. A existência ou não de uma rede de apoio afetiva também implica em maiores ou menores possibilidades de superação do sofrimento e das violências vividas.

É importante destacar as dificuldades inerentes a desenvolver pesquisas no contexto rural. A falta de recursos, a presença de estradas inadequadas e ausência de transportes coletivos intensificam as distâncias geográficas, dificultando o acesso aos sujeitos moradores do campo e uma aproximação com seus modos de vida. O custo e as horas dedicadas no processo de coleta de dados se multiplicam devido a tais problemáticas. O apoio da equipe do CRAS- Rural de Pentecoste, do PRECE (Programa de Estímulo e Cooperação da Escola), do NUCOM (Núcleo de Psicologia Comunitária) e da Universidade Federal do Amazonas, campus Humaitá, foram fundamentais para a realização desta pesquisa. A restrição de recursos e no tempo, inviabilizaram a realização da etapa qualitativa em Humaitá, o que foi uma limitação da pesquisa. Tais dificuldades precisam ser superadas considerando a necessidade de pesquisas e intervenções que se dediquem ao rural.

Apesar destes desafios, houve uma grande receptividade de todos os participantes na realização da pesquisa. As pessoas abriam suas casas e compartilhavam as suas vidas de forma muito solidária e prazerosa. Somos muitos gratos pela generosidade de todos.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu antes do Golpe do Impeachment, em 2016, e retrata os sujeitos este momento histórico. Seria importante o desenvolvimento de pesquisas que abordem os impactos da retomada do crescimento da pobreza e do processo de intensificação da fragilização da presença do Estado nestas comunidades, o que tem apontado para a intensificação dos sofrimentos dos sujeitos. Caberia explorar impactos da crise atual no contexto rural. Seria relevante, também, explorar os conceitos patriarcado e classe social como categorias que nos ajudam a compreender as implicações psicossociais da pobreza em mulheres no contexto rural.

REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, A. **Materializações do pensamento social sobre a pobreza**. Tese (Doutorado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H.; GUARESCHI, P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento. **Psicologia & Sociedade**; v.24, n.3, p. 536-546, 2012.
- AGUILAR, P. L. La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 126-133, 2011.
- ALBUQUERQUE, F. J. B. Psicologia Social e formas de vida rural no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 037-042, 2002.
- ALBUQUERQUE, F. J. B.; PIMENTEL, E C. E. Uma Aproximação semântica aos conceitos de urbano, rural e cooperativa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Mai-Ago, v. 20, n.2, p. 175-182, 2004.
- ÁLVARO, J.L; TORREGROSA, J.R; LUQUE. **Influencias sociales y psicológicas en la salud mental**. Madrid: Siglo Veinteuno editores, 1992.
- ALVES; RODRIGUES. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.28, n.2, p.127-131, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, 925–934, 2002.
- ANSELMI, L. *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publ**, v. 42, p. 26–33, 2008.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.3, p.337–348, 2005.
- ÁVILA-TOSCANO, J.H. Redes sociales, generación de apoyo sociais ante la pobreza y calidad de vida. **Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología**, v.2, n.2. p.65-73, 2009.
- BAGOLIN,I.P.; SOUZA, O.T.; COMIM, F.V. Gênero e pobreza multidimensional no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2 (45), p. 387-408, 2012.
- BANCO MUNDIAL. **Salvaguardas Contra a Reversões dos Ganhos Sociais Durante a Crise Econômica no Brasil**, 2017. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/02/NovosPobresBrasil_Portuguese.pdf

- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48, Jan./Jun. 2006.
- BARATA, R.B. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARROS, M. M.M; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis**, v.23, n.3, p.821-841, 2013.
- BASTOS, P.M.A; MATTOS, L.B.; SANTOS, G.C. Determinantes da pobreza no meio rural brasileiro. **Revista de Estudos Sociais**, v.20, n.41, p.04-30, 2019;
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- BLANCO, A.; DÍAS, D. El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. **Psicothema**, vol. 19, nº 4, p. 552-558, 2007.
- BRAGA, N.L.; MACIEL, R.H.; CARVALHO, R.G. Redes sociais e capital social de catadores associados. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, e 173663, 2018.
- BRASIL. **Decreto Lei n. 8213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. 1991.
- BRASIL. **Decreto Lei Nº 7.492**, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Brasília, DF: Presidência da República. 2011a.
- BRASIL. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República. 2011b.
- BRASIL. RASEAM – **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.
- BRASIL. **Relatório sobre Bolsa Família e Cadastro Único - Município: Humaitá/AM**. (s/d). Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php>.
- BRASIL. **Relatório Sobre o Bolsa Família e Cadastro Único - Município: Pentecoste/CE**. (s/d) Disponível em: [http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Visão Geral](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Visão%20Geral).
- BREAKWELL, G.M. Métodos de entrevista. In: BREAKWELL, G.M.; SCHAW, C.F.; HAMMOND, S, E SMITH, J.A. (2010). **Métodos de pesquisa em psicologia**. São Paulo: Artmed, 2010.
- BREIL, J. **Una Perspectiva Emancipadora de la Pesquisa e de la Acción Basada en la Determinación Social de la Salud**. IN: ALAMES. Taller Latinoamericano de Determinantes

Sociales de la Salud. México, 29 de Septiembre - 3 de Octubre del 2008 (documento para a discussão). Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>. Acessado em 15 janeiro de 2019.

BUENO, LOPES, Mulheres rurais e violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. **Ambiente & Sociedade**. v. 21, 2018.

BUTTO, Andrea (Org.). **Estatísticas rurais e economia feminista**: um olhar sobre o trabalho das mulheres. Brasília: MDA, 2009, p.11-30.

CAMARANO, A.A; FERNANDES, D. Mudanças nos Arranjos Familiares: 2004 e 2014. *In*: CALIXTE, A.; VAZ, F. **Nota Técnica N° 22: PNAD 2014** – breves análises. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/151230_notatecnica_pnad2014.pdf. Acesso em 01 de julho de 2016.

CAMPELLO, T. Uma década derrubando mitos e superando expectativas. *In*: CAMPELLO, T., NERI, M.C. (orgs.) **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. (pp. 13- 15). Brasília: Ipea, 2013.

CAMPOS, C.S. **A face feminina da pobreza em meio a riqueza do agronegócio**: trabalho e pobreza das mulheres em territórios do agronegócio no Brasil: o caso de Cruz Alta/RS. 1.ed. Buenos Aires: CLACSO, 2011. Disponível em: <http://bvsde.org.ni/clacso/publicaciones/A%20face%20feminina%20da%20pobreza.pdf>

CAMPOS, L.F.L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008.

CAMURÇA, C.E. **Implicações psicossociais da seca na saúde mental de moradores de uma comunidade rural cearense**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1103-1114, Maio, 2012 .

CAPAI, E. **Severinas**. Direção e Produção: Eliza Capai. S/L: Agência Pública, 2013. (10 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vt62puheABw>

CARLOTO, C. M.; MARIANO, S. As mulheres nos programas de transferência de renda: manutenção e mudanças nos papéis e desigualdades de gênero. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE MUNDIAL DE RENDA BÁSICA DE CIDADANIA, 13., 2010, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Bien, 2010.

_____. Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no Programa Bolsa Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 258-272, 2012.

CARLOTTO, M.S. *et al.* Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 172–8, 2011.

CARNEIRO, S. Mulheres em Movimento. **Estudos Avançados**, v.17, n.49, 2003.

CARVALHO, A. M. A. *et al.* Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set./dez., 2006

CARVALHO, M.A.A.S. **Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **Journal Public Health**. Nov, v.64, n.11, pp.1040-43, 1974.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), **Entender la pobreza desde la perspectiva de género**. Santiago do Chile: CEPAL e OIT, 2003. Disponível em: <http://www.cepal.org/mujer/reuniones/pobreza/LGodoy.pdf>

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). **Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible**. 2016. Disponível em <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible>

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). **Informe regional sobre el examen y la evaluación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing**. Santiago do Chile: Nações Unidas, 2015. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37718/S1421043_es.pdf;jsessionid=273FFC0D0BD99E28273714E4B2FEBC2F?sequence=4

CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, 2001.

CIDADE, E.; MOURA JR., J.F.; XIMENES, V.M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latinoamericano. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 68, 87-98, 2012.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom. Med.** v.38, n.5, p. 300-314, 1976.

CODES, A.L.M. **A trajetória do pensamento científico sobre a pobreza: em direção a uma visão complexa**. Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1332.pdf. Acesso em: 12 fev 2012.

COMIM, F.V. *et al.* Sem pobreza, mas com “fomes”: visões econômicas e psicológicas. In XIMENES, V.M. *et al.* **Implicações Psicossociais da Pobreza: diversidades e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016, p. 17-44.

COSTA, M.C., *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v.38, n.2, 2017.

COSTA *et al.*. **A face feminina da pobreza: sobre-representação e feminização da pobreza no Brasil**. Texto para discussão No 1137. IPEA, 2005. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4726

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, Dec., 2017.

COSTA-FERNANDEZ, Elaine; MUNOZ, Claudio Andres Baradit. Subjetividades de beneficiárias do Programa Bolsa Família em contexto rural. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 35-42, 2019.

COSTA, A.G; LUDEMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan-fev, p.73-79, 2005.

COSTA, M.G.G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. Gênero, trabalho rural e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na região do Mato Grande Potiguar. In: M. DIMENSTEIN; J. F. LEITE. (Org.). **Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e criações**. 1ed.NATAL: EDUFRN/EDUNP, 2014, p. 363-394.

COSTA, M.G.S.G; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Gênero, trabalho rural e saúde mental. **Estudos feministas**, julho/dezembro, 2014. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>

COSTA, M.G.S.G. **Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na região do Mato Grande Potiguar**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014.

COSTA, M.G.S.G.; DIMENSTEIN, M.D.B.; LEITE, J.F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 19, n. 2, p. 145–154, 2014.

COUTINHO, L. M. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, 2014 .

COUTO-OLIVEIRA, V. **Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CRENSHAW, Kimberle W. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>

CUMMINS, R. A. **Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A)**.5 ed. Melbourne, Austrália, 2013. Disponível em: <http://www.acqol.com.au/iwbg/wellbeing-index/pwi-a-english.pdf>

DESOUSA, D. A.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Relacionamentos de amizade e coping entre jovens adultos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 3, p. 345-356, sept. 2012.

DEDECCA, C.; BARBIERI, C.V. Fome zero e pilotos para a política social. **Revista de Economia Contemporânea**, v.9, n.1, p. 95-123, jan./abr. 2005.

DEMO, P. **Pobreza política**. 6 ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

DIETERLEN, Paulette. **La pobreza: un estudio filosófico**. 1ª Ed. Coyoacán (México): Fondo de Cultura Económica, 2003.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 541-553, Dec. 2017.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Bases de apoio familiares e comunitárias como estratégia de enfrentamento à violência. **Revista PSICO**, v.36, n.1, 55-63, 2005.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de a. N. Leontiev. **Cad. Cedes**, Campinas, v.24, n.62, p. 44-63, abril, 2004.

ESTANISLAU, A., *et al.* Apoio social: modo de enfrentamento às vivências de humilhação e de vergonha em contextos de pobreza. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.13, 1-17, 2018.

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). **Panorama de la pobreza rural en américa latina y el caribe: soluciones del siglo XXI para acabar con la pobreza en el campo**. 2018. Disponível em: <http://www.fao.org/3/CA2275ES/ca2275es.pdf>

FARIA, N.M.X *et al.* Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.4, 1999.

FARIA, N.. Economia feminista agenda de luta das mulheres no meio rural. In BUTTO, Andrea (Org.). **Estatísticas rurais e economia feminista: um olhar sobre o trabalho das mulheres**. Brasília: MDA, 2009, p.11-30.

BERDEGUÉ, J.A. Y FAVARETO, A. **Desarrollo Territorial Rural en América Latina y el Caribe. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe**, n. 32. Santiago de Chile. FAO. 18 p, 2019. Disponível em: https://favaretoufabc.files.wordpress.com/2019/10/2019_berdegue_favareto_dtr_seriefaoagen da2030.pdf

FAVERO, E. **O impacto psicossocial das secas em agricultores familiares do Rio Grande do Sul: Um estudo na perspectiva da Psicologia dos Desastres**. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), 2012.

FERNANDES, B.M. A importância da reforma agrária para o desenvolvimento do Brasil. In: DIMENSTEIN, M. *et al.* (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contexto rural**. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPQ; Natal: UFRN, Teresina: UFPI, 2016. p. 19-44.

FONSECA, M.L.G. Sofrimento Difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **Abordagens Psicossociais**

Volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica das lutas populares. São Paulo: HUCITEC, 2008, p. 171-228.

FONTOURA, N.; LIMA JR. A.T.; CHERFEM, C.O. PNAD 2014 - Alterações recentes no mundo do trabalho, segundo marcadores de gênero e raça. IN: CALIXTE, A.; VAZ, F. **Nota Técnica N° 22: PNAD 2014 – breves análises**. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/151230_notatecnica_pnad2014.pdf. Acesso em 01 de julho de 2016.

FRANÇA, M.S. *et al.* Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.39, 2018.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. (Coleção polêmicas do nosso tempo; 4). São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

FURIATI, L.; MAYORGA, C. Sem Lugar: a experiência de remoção de mulheres faveladas. **Rev. Polis e Psique**, v.6, n.2, p. 45 – 69, 2016.

FURTADO, F.M.S. *et al.* Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesquisa**. jan-abr; v.12, n.1, p.129-140, 2019.

GARCÍA-CRUZ, R., *et al.* Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. **Revista Interamericana de Psicología**, v.51, n.3, p.406-416, 2017.

GARCIA, A.R. **Pobreza y estrategias de afrontamiento**. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidad Iberoamericana. México, 2007.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. IN: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2015

GAUDIN, Y. **Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe. La nueva ruralidad: conceptos y medición**. Documentos de Proyectos, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44665-nuevas-narrativas-transformacion-rural-america-latina-caribe-la-nueva-ruralidad>

GENTILI, P. O direito à educação e as dinâmicas de exclusão na América Latina. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 109, p. 1059-1079, 2009.

GÓIS, C.W.L. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

GOMES, R. C.; NOGUEIRA, C.; TONELI, M. J. F. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, v.28, n.1, p.115-124, 2016.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641–1650, jul. 2008.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, 1755–1769, 2011. Graziano da Silva (1997)

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde**. 2003. 177f.: Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão social: competitividade e culpabilização *In*: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2ª Ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2014. p.143-158.

HESPANHOL,R. A. M. Campo e cidade, rural e urbano no Brasil contemporâneo. **Mercator**, Fortaleza, v. 12, número especial (2), p. 103-112, set. 2013.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 26, n. 1.

HORA, A; BUTTO, K. Políticas Públicas para mulheres rurais no contexto dos territórios da cidadania. In A. Butto, N. Faria, & K. Hora (Orgs.) **Mulheres rurais e autonomia: formação e articulação para efetivar políticas públicas nos territórios da cidadania**. (pp. 14-45). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário. 2014.
http://www.ipc-undp.org/pub/port/Perfil_da_pobreza_Norte_e_Nordeste_rurais.pdf

IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados Preliminares do Universo**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS): Brasília, 2011.

IBGE. **Estatística de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=288941&view=detalhes>.

IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016**. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2017

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. 151 p.

IBGE. **Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b.

IBGE. **Panorama de Cidades: Humaitá**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/humaita/panorama>. Acesso em: 02 junho 2019.

IBGE. **Panorama de Cidades: Pentecoste**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/pentecoste/panorama>. Acesso em: 02 março 2019.

IPEA. **Retrato das Desigualdades de raça e gênero**. 4ª Ed. Brasília: IPEA, 2011.

- IPECE. **Perfil básico municipal**-Pentecoste, 2017. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/perfil-basico-municipal-2015.html>.
- KARAM, K.F. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004.
- KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos**, 86, 2010.
- KHAN; FLORA. Maternal common mental disorders and associated factors: a cross-sectional study in an urban slum area of Dhaka, Bangladesh. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 23. 2017
- KLIKSBERG, B. **Desigualdade na América Latina**: o debate adiado. Tradução: Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo: Editora Cortez, 2000.
- KONRADT *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.33, n.2, p.76-79, 2011.
- KRMOPOTIC, C.S., IESO, Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 13, n. 1, p. 95-101, 2010.
- LA TAILLE, Y. **Vergonha, a ferida moral**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dívida: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Públicas). Escola Nacional de Saúde. Fiocruz
- LACERDA, A.; VALLA, V. Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.
- LAVINAS, L.; NICOLL, M. Pobreza, transferências de renda e desigualdades de gênero: conexões diversas. **Revista Parcerias Estratégicas**, Brasília, n. 22, p. 39-75, jun, 2006.
- LEITE, J.F. *et al* Pobreza, participação política e autonomia de mulheres no meio rural. In: XIMENES, V.M. *et al.* **Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016, p. 45-65.
- LEITE, J.F. *et al.* A formação em Psicologia para a transformação em contextos rurais. In: LEITE, J.F; DIMENSTEIN, M. (Org.) **Psicologia e contextos rurais**. Natal: EDUFRN, 2013, p. 27-55.
- LEVEL, J.P.; MARTÍNEZ, Y.I.C. Pobreza y apoyo social: Un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. **Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology**, v.41, n.2, p.177-188, 2007.

- LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1515-1524, dec., 2004.
- LIMA, M; STOTZ, E; VALLA, V. Pobreza e violência: desafio para os profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 273-284, jul./set. 2008
- LOPES, A.A.F. Empoderamento, amizade e cuidado de si: novas formas de relação de assistência à saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** – v.33, n. 98, 2018.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, Dec. 2003.
- LOUREIRO, A.; COSTA, C.; SANTANA, P. Determinantes contextuais da saúde mental. *In*: DIMENSTEIN, M. D. B., LEITE, J. F., MACEDO, J. P. S., DANTAS, C. M. B. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- LUCCHESI, R. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n.3, p.200-207, 2014.
- LUDEMIR, A.B. Desigualdade de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 451-467, 2008.
- LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, Apr. 2002.
- LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 105-116, 2009.
- MACEDO, J.P. *et al.* Apoio Social, Transtorno Mental Comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. **Temas em Psicologia**, v. 26, n 3, p. 1123-1137, 2018.
- MAGIOLINO, L.S. A significação das emoções no processo de organização dramática do psiquismo e de constituição social do sujeito. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 48-59, 2014.
- MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. JAN., p. 23-26, 1986.
- MARIANO, S. A. Cidadania na perspectiva das mulheres pobres e papéis de gênero no acesso a políticas assistenciais. **Revista Brasileira de Ciência Política** (Impresso), v. 2, p. 119-157, 2009.

MARIANO, S.A; CARLOTO, C.M. Gênero e Combate à pobreza: Programa Bolsa Família. **Estudos Feministas**, v.17, n.3, p. 901-908, 2009.

MARIOSIA, G. S.; PINHEIRO, G. P.; MAYORGA, C. Mulheres negras em contexto religioso: entre resistência e/ou subordinações. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 11, n. 28, p. 153-174, jun. 2019.

MARTÍN-BARÓ, I. **Psicología de la liberación**. Madrid: Trotta, 1998.

MARTÍN-BARÓ, I. *Acción e Ideología: psicología social desde centroamérica*. 2 Ed. San Salvador: UCA Editores, 2005.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e saúde mental. In MARTÍN-BARÓ, I. *Crítica e Libertação na Psicologia: estudos psicossociais*. Organização e, notas e tradução de Fernando Lacerda Júnior. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MATOS, L.A.; SANTOS, T.M.; SILVA, S.S.C. Resiliência familiar: percepção de mães em situação de pobreza. **Ciências & Cognição**, v.23, n.2, p. 178-194, 2018

MAYNARD, M. *et al.* Food Insecurity and Mental health among females in high-income countries. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.1424, 2018

MAYORGA, Cláudia *et al.* As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 463-484, maio-agosto, 2013.

MAYORGA, C. Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. **Athenea Digital**, v.4, n.1, p.221-236, 2014.

MEDEIROS, M.P.; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18 n. 1 p. 384-403, 2018.

MELO, Hildete Pereira de. Gênero e Pobreza no Brasil. In CEPAL. **Relatório Final do Projeto Governabilidade Democrática de Gênero en America Latina y el Caribe**. Brasília: CEPAL, 2005.

MENDONÇA *et al.* Medicalização de Mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.2, p.95-106, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLON, S.I. Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 613-622, out./dez. 2011.

MONTERO, M. **Teoría y práctica de la psicología comunitária: la tensión entre comunidad y sociedad**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MONTERO, M. Procedimientos y herramientas terapéuticas en contextos de pobreza. El método clínico-comunitario en construcción. In HINCAPIÉ, A.E. **Sujetos políticos y acción comunitaria para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina**. Medellín: UPB, 2009. p. 221-247.

MOREIRA, J.K.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do programa saúde da família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.3, p. 221–226, 2011.
Moura Jr. e Ximenes (2016)

MOURA JR. J.F. *et al.* Concepções de Pobreza: um Convite à discussão psicossocial. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, pp.341-352, 2014.

MOURA JR., J. F.; XIMENES, V. M.; SARRIERA, J. C. A construção opressora da pobreza no Brasil e suas consequências no psiquismo. **Quaderns de Psicologia**, v. 6, p. 95-103, 2014.

MOURA JR., J.F. **Pobreza multidimensional e bem-estar pessoal: um estudo acerca da vergonha e da humilhação**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 202f. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2015.

NAIF, L.A.M. *et al.* Criar, cuidar, proteger, manter, amar: a família atual e seus desafios no contexto de pobreza, **Em Debate - Rev. do Depto. de Serviço Social**, v.5, 2007.

NAKATANI, P.; FALEIROS, R.N.; VARGAS, N.C. Histórico e os limites da reforma agrária na contemporaneidade brasileira. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 213-240, abr./jun., 2012.

NEPOMUCENO, B.B *et al.* Bem estar pessoal e sentimento de comunidade: um estudo psicossocial da pobreza. Artigo aceito para publicação **Revista Psicologia em Pesquisa**, 2017.

NEPOMUCENO, B.B. **Pobreza e saúde mental**: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará. 151f. Fortaleza, Ceará., 2013.

NEPOMUCENO, B.; SILVA, L.B; XIMENES, V. Estratégias de Enfrentamento à pobreza: uma análise a partir de estudos realizados com pessoas em sofrimento psíquico e prostitutas. In: XIMENES, V.M.; NEPOMUCENO, B.B.; CIDADE, E.C.; MOURA JR, J.F. (Org.). **Implicações Psicossociais da Pobreza: diversidades e resistências**. (p. 337-365).1ed.Fortaleza: Expressão Gráfica, 2016.

NOGUEIRA, M.C. O feminismo: teoria e crítica social. IN **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero**: perspectiva feminista crítica na Psicologia Social. 1996. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.

NUNES, A.I.; ROCHA, E. Saúde mental e educação: a escola como cenário de possibilidades de desenvolvimento docente. **Revista de Administração Educacional**. v. 1, n. 2, jul/dez, p.139-153, 2014.

OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA. Gênero e Pobreza: desigualdades entrelaçadas. IN: OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA **2005 rugidos e sussurros**. Disponível em: http://www.socialwatch.org/sites/default/files/swbrasil2005_bra.pdf. Acesso em 01 de março de 2017.

OLIVEIRA, N.S. **Pobreza das mulheres chefes de família da região nordeste do Brasil: uma análise multidimensional**. 2018. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE/ Campus de Toledo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas**. OMS/OPA: Washington, DC. 2018

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos de transformação econômica e social** – Brasília: ONU Mulheres - Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Relatório mundial da saúde. Lisboa, 2002.

ORNELAS, J. Suporte Social e doença mental. **Análise Psicológica**, v.2-3, n. 14, p.263-266, 1996.

OSÓRIO, R. Desigualdade e Pobreza. IN: CALIXTE, A.; VAZ, F. **Nota Técnica Nº 22: PNAD 2014 – breves análises**. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/151230_nota_tecnica_pnad2014.pdf. Acesso em 01 de março de 2017.

OXFAM. A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileira. OXFAM Brasil. 2017. Disponível em: <https://oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/>

PARREIRA, B.D. *et al.* Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Revista da Escola de Enfermagem USP** , v.51, e03225, 2017.

PASSOS, R.G; PEREIRA, M.O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidade: notas para o debate. IN M.O PEREIRA, R.G. PASSOS. **Luta Antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe**. (p.25 – 51). Rio de Janeiro: Autobiografia,2018.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. **Poverty and common mental disorders in developing Paulon**. Bulletin of the World Health Organization 2003, v.81, n. 8. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf?ua=1>

PICOLOTTO, V. C. **Pobreza e desenvolvimento sob os paradigmas da renda e das capacitações: uma aplicação para a Grande Porto Alegre através dos indicadores fuzzy.** Dissertação de Mestrado em Economia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PINHEIRO, SANTOS; SANTOS. Sofrimento Psíquico em famílias em situação de vulnerabilidade social. (2009). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 465-473, set./dez. 2009.

PINHO, P.S; ARAÚJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.3, 2012.

PINTO, N.M.A.; PONTES, F.A.R.; SILVA, S.S.C. A rede de apoio social e o papel da mulher na geração de ocupação e renda no meio rural. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, 297-315, 2013.

PITTA, A. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

PITTA, A.; GULJOR, A. A violência da contrarreforma psiquiátrica no brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS**, n. 246, p. 6-14, jan./abr., 2019

PNUD. **Portfólio dos projetos do PNUD brasil à luz dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** 2016 Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/portfolio-dos-projetos-do-pnud-brasil-a-luz-dos-objetivos-de-des.html>. Acesso em: 14 de maio de 2017.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano.** A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano, 2010. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Complete_reprint.pdf>. Acesso em: 10 de jan. de 2017.

PNUD/FJP/IPEA. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** 2017. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br. Acesso em 02 de fevereiro de 2017.

RABELO, I. “**Nunca pensei nisso como problema**”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista.

RABELO, I.V.M; ARAÚJO, M.F. Não estou dormindo nada: práticas de silenciamento do sofrimento. **Fragmentos de Cultura**, v. 23, n. 4, p. 527-536, out./dez. 2013.

RÊGO, W.L., PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família:** autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: UNESP, 2013.

ROCHA-SÁNCHEZ, T.E.; CRUZ DEL CASTILLO, C. Barreras estructurales y subjetivas en la transición de roles de mujeres y su malestar emocional. **Acta Colombiana**, v.16, n.1, p.123-135, 2013.

RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. **Social support**. Encyclopedia of Mental Health, 3, 535-544, 1998.

RODRIGUEZ, P.E. Entre la clínica y la cultura: psicoterapia con pacientes en condiciones de pobreza y exclusión. In HINCAPIÉ, A.E. **Sujetos políticos y acción comunitaria para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina**. Medellín: UPB, 2009. p. 269-299.

ROMANELI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 39, n.3, 333-339, jul./set. 2006.

ROSA, L.C.; BELFORT, C.C. Respostas do SUA e do SUAS às demandas das populações rurais na perspectiva do cuidado psicossocial. IN DIMENSTEIN, M. *et al.* (Orgs.) **Condições de vida e saúde mental em contexto rural**. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPQ; Natal: UFRN, Teresina: UFPI, 2016. p.353-368.

ROSA, R.C.; CAMPOS, R.T. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 648-656, out./dez., 2012.

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a economia política do sexo. Recife: S.O.S Edição Corpo 1993.

SAFFIOTI, H. Diferença ou Indiferença: gênero, raça/etnia, classe social. In ADORNO, Sérgio (org). **A sociologia entre a modernidade e a contemporaneidade**. Editora da UFRGS/Sociedade Brasileira de Sociologia. Porto Alegre, 1995, p. 159-165.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALLES, V.; TUIRÁN, **La pobreza**: vertientes conceptuales y breves elementos metodológicos. **Cuestiones de Sociología**, n.2, 1999, p. 447

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D.P; NEWNAN, B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.16-22, 2001.

SANTOS, A.A. **Da pobreza à recuperação das capacidades: avaliação do programa de transferência de renda de Londrina**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais). Universidade Estadual de Londrina. 182f. Londrina, 2004.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, L. C. *et al.* Gênero, feminismo e psicologia social no Brasil: análise da revista. **Psicologia & Sociedade** (1996-2010). **Psicologia & Sociedade**, v.28, n.3, 589-603, 2016.

SARACENO, B. BARBUI, C. Poverty and mental illness. **Canadian Journal of Psychiatry**. 42: 285-290, 1997.

SATURNINO, M. N.G. *et al.* Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1723-1732, 2019.

SAVI, E.S.A. **O sofrimento difuso das mulheres na maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Manguinhos-Rio de Janeiro, 2010.

SAWAIA, B.B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009 .

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão social. In SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2ª Ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2014. p.99-120.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R.C.S; BARROS, M.B. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.8, p.2543-2554, 2018

SILVA, E. *et al.* Saúde mental, condições de vida e gênero: transtornos mentais em assentamentos rurais. IN DIMENSTEIN, M. *et al.* (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contexto rural**. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPQ; Natal: UFRN, Teresina: UFPI, 2016. p. 245-278.

SILVA, E.S.; MOURA, V.G.G. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental. **Revista Política Pública**, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2015.

SILVA, J. G. O novo rural brasileiro. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v.7, n. 1, maio, 1997.

SILVA, L. *et al.* Apoio social como modo de enfrentamento à pobreza. In: XIMENES, V.M. *et al.* **Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016, p. 45-65.

SILVA, V.H.F; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Saúde mental em zonas rurais: práticas de suporte à crise aos portadores de transtornos mentais severos. IN DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. (Org.). **Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e criações**. Natal: EDUFRN, 2014. pp. 395-432.

SILVA, K.B.; MACEDO, J.P. A concepção de psicólogos sobre o rural nas políticas sociais. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 37, n.2, p. 345-360, 2019.

SILVA, E.S.S.; MOURA, V.G.G. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais para a saúde mental brasileira **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n.1, 2015, pp. 103-115

SILVEIRA, J.I. **A velha moralização dos pobres é a novidade do MDS do governo Temer: Programa propõe a educação financeira dos pobres**. 2018. Disponível em: <https://maissuas.org/2018/05/21/a-velha-moralizacao-dos-pobres-e-a-novidade-do-mds-do-governo-temer/>

SIMÕES, P. **Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das mulheres beneficiárias**. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal do Ceará. 82f. Fortaleza, 2011.

SIMON, Sex, Anger and Depression. **Social Forces**, v.88, n.4, 2014.

SIQUEIRA, Luana. **Pobreza e serviço social: Diferentes concepções e compromissos políticos**. São Paulo: Cortez, 2014a.

SIQUEIRA, Luana. A pobreza como “disfunção” social: a culpabilização e criminalização do indivíduo. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n. 1, p. 240-252, 2014b.

SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.

SOARES, A.J.; PEREIRA, M.G. Suporte Social em cuidadores informais de dependentes de substâncias. **Interamerican Journal of Psychology**, v.48, n.1, 82-97, 2014.

SOARES, Sergei *et al.* **Perfil da pobreza: Norte e Nordeste rurais**. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), 2016.

SOARES, Sergei. **Metodologias para estabelecer a linha de pobreza: objetivas, subjetivas, relativas e multidimensionais**. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), No. 1381, 2009. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1553/1/TD_1381.pdf

SOUZA, P.H.G.F, OSÓRIO, R.G. O perfil da pobreza no Brasil e suas mudanças entre 2003 e 2011. In CAMPELLO, T., NERI, M.C. (orgs.) **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, n.26, v. 1. p. 32-43, 2014.

SPOSATI, A. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

_____. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p.2315-2325, 2018.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v.43, n.2, 2014.

TERRÓN, J.M; PALOMO, M.T. Hombres y mujeres en los cuidados: viejos y nuevos modelos para la igualdad. **Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género**. N.8, p. 149-178, 2013;

TURATO, E.R Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev.Saúde Pública**, v.39, n.3, 507-14, 2005.

VALDEZ-HUIRACHE; ÁLVAREZ-BOCANEGRA. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. **Horizonte sanitario**, v. 17, n.2, 2018.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, S7–S14, 1999.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Nº 19, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7, p.37-56, 2000. 132

VALLEJO-MARTÍN; MORENO-JIMÉNEZ; RÍOS-RODRIGUEZ. Sentido de comunidad, fatalismo y participación en contextos de crisis socioeconómica **Psychosocial Intervention**, v.26, 1–7, 2017.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Preditores de Prováveis Transtornos Mentais Comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 205–212, 2014.

VILA, R. P.; BAGOLIN, I. P.; COMIN, F. V. Heterogeneidade individuais versus intensidade da pobreza em Porto Alegre – RS. *Revista EconomiA*, 13(2), 447-463, 2012.

VOLCAN, S. M. A. *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440–445, 2003.

XIMENES, V.M. **Implicações Psicossociais da Pobreza**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2015.

XIMENES, V. M. **Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul**. Relatório final de pesquisa – 2016. Edital Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2013.

XIMENES *et al.* Impactos da seca na saúde mental de moradores de uma comunidade rural. **PSI UNISC**, v. 1, p. 33-45, 2017.

XIMENES, V.; CIDADE, E.; NEPOMUCENO, B. Psicología comunitaria y expresiones psicossociales de la pobreza: contribuciones para la intervención en políticas públicas. **Universitas Psychologica**, v.14, n.4, 1411-1424, 2016.

XIMENES, V.; MOURA JR. J. Psicologia Comunitária e comunidades rurais no Ceará: caminhos, práticas e vivências em extensão universitária. *In* LEITE, J.F; DIMENSTEIN, M. (Org.) **Psicologia e contextos rurais**. Natal: EDUFRN, 2013 p. 453-476.

XIMENES, V. M. *et al.* Pobreza multidimensional e seus aspectos subjetivos em contextos rurais e urbanos nordestinos. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 146–156, 2016.

XIMENES *et al.* Propriedades Psicométricas da Versão Reduzida da Escala de Percepção de Suporte Social. **Psico-USF**, v.25, n.2, 2020, no prelo.

YASBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012. doi: 10.1590/S0101-66282012000200005

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 8ª Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2015. 198p.

YUNES, M.A.M.; JULIANO, M.C.C. A importância de redes de apoio na promoção de saúde e resiliência comunitária. In SARRIERA, J.C.; SAFORCADA, E.T.; ALFARO, J.L. (Orgs). **Perspectiva Psicossocial na saúde comunitária**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 217-238.

ZANELLO, V., SILVA, R.M.C. Saúde Mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v.20, n. 2, p. 267-279, 2012.

ZANELLO, W. Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. IN DIMENSTEIN, M. *et al.*(Org.). **Condições de vida e saúde mental em contexto rural**. São Paulo: Intermeios: Brasília: CNPQ; Natal: UFRN, Teresina: UFPI, 2016. pp. 223-246.

ZANELLO, W. Saúde Mental, gênero e interseccionalidade. IN M.O PEREIRA, R.G. PASSOS. **Luta Antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe**. (p.52 – 69). Rio de Janeiro: Autobiografia, 2018.

ZANELLO,V., FIUZA, G., COSTA, H.S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>.

ZAVALETA, D. **Pobreza, vergüenza y humillación**: una propuesta de medición. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano*. Boletín N° 76, agos. 2011. Disponível em: <<http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Verguenza.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

ZAVALETA, R.D. (2007). **The Ability to go about without Shame**: A proposal for internationally comparable indicators of shame and humiliation. OPHI WorkingPaper. n.3.

APÊNDICE A QUESTIONÁRIO

Entrevistador (a): _____ Nº do Questionário: _____

Data: ___/___/_____

REALIZAÇÃO:



Comunidade:	Vale do Rio Canindé- CE	Humaitá – AM	Cascavel – PR
	1	2	3

DADOS GERAIS

1. Idade: _____

2. Gênero:

Masculino	Feminino
1	2

3. Raça ou cor:

Branca	0
Preta	1
Parda/Morena	2
Indígena	3
Amarela	4

4. Qual é a sua Religião?

Católica	0
Protestante ou Evangélica	1
Espírita	2
Afrobrasileira	3
Sem religião	4
Outra	5

5. Você frequenta reuniões de sua Igreja/Paróquia/Templo/Terreiro?

Não	Sim
0	1

6. Qual seu estado civil?

Solteiro(a)	0
Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a).	1
Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).	2
Viúvo(a)	3

7. Você tem quantos filhos: _____

8. Quantas crianças com idade até 06 anos moram com você? _____

9. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo você)? _____

10. Na sua casa, quem realiza as atividades domésticas (preparar comida, lavar louças, limpeza em geral)?

Homens e mulheres	0
Homens, mulheres e crianças	1
Mulheres e crianças	2
Apenas mulheres	3
Homens e crianças	4
Apenas homens	5
Apenas crianças	6
Homens	0

11. Quem você acha que tem o maior poder de decisão/mando na sua casa?

Mulheres	1
Homens e mulheres	2

Na sua casa, alguém recebe algum benefício social dos listados abaixo?

12. Programa Bolsa Família

13. Benefício de Prestação Continuada - BPC (Aposentadoria sem décimo terceiro)

14. Programa Garantia-Safra

15. Seguro Defeso (Piracema)

16. Bolsa Verde

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

EDUCAÇÃO

17. Você frequenta alguma instituição de ensino como escola ou faculdade?

Não	0
Sim, pública	1
Sim, particular	2
Sim, escola indígena	3
Sim, escola quilombola	4

18. Por quanto tempo você já frequentou a escola?

Nunca frequentei	0
Até 5 anos (Ensino Fundamental Incompleto)	1
De 6 a 9 anos (Ensino Fundamental Incompleto ou Completo)	2
De 10 a 11 anos (Ensino Médio Incompleto)	3
12 anos ou mais (Ensino Médio Completo ou Ensino Superior)	4

19. Algum adulto de sua família estudou mais de 9 anos?

Não	Sim
0	1

20. Qual o principal motivo que fez você parar de estudar?

Não parei	0
Necessidade de arranjar um emprego ou trabalhar	1
Necessidade de cuidar da família (trabalhar em casa)	2
Dificuldade de chegar à escola/É muito distante	3
Por falta de recursos financeiros para estudar.	4
Falta de interesse nos estudos	5
Reprovação ou dificuldades de aprendizagem.	6
Nenhuma das respostas anteriores	7

21. Dentre os itens abaixo, qual a principal importância de estudar?

Melhorar a condição financeira	0
Adquirir conhecimento/ cultura	1
Ter acesso aos benefícios sociais (Bolsa Família, BPC, etc.)	2
Ser mais valorizado na família e na sociedade.	3
Não ajuda em nada	4

22. Você ou algum membro da sua família ingressou no ensino superior? Como?

Não, ninguém.	0
No ensino superior privado, através do PROUNI	1
No ensino superior privado, através do FIES	2
No ensino superior privado, pagando com recursos próprios.	3
No ensino superior público, através de cotas.	4
No ensino superior público, por ampla concorrência.	5

HABITAÇÃO**23. A sua residência é:**

Ocupação	Cedida	Alugada	Própria
0	1	2	3

24. A sua casa é de:

Papelão, plástico ou compensado (barraco)	0
Taipa	1
Madeira	2
Tijolo/Alvenaria	3
Palafita	4
Casa flutuante	5

25. Sua casa possui água encanada?

Não	Sim
0	1

26. Quais as formas de abastecimento de água da sua casa (pode marcar mais de uma opção)?

Cagece (Ceará), Sanepar (Paraná) ou Cosama (Amazonas).	0
Poço	1
Cisterna	2
Carro pipa	3
Rio ou açude	4
Chafariz	5

27. Como é o piso da sua casa?

Terra batida	Cimento	Cerâmica	Outros
0	1	2	3

28. Qual combustível mais usado para cozinhar na sua casa?

Lenha	Carvão	Gás de Cozinha
0	1	2

29. A sua casa possui eletricidade?

Não	Sim
0	1

30. Qual o tipo de banheiro da sua casa?

Sem Banheiro	0
Buraco no chão	1
Vaso sanitário sem descarga	2
Vaso sanitário com descarga	3

31. Qual o destino das fezes e urina?

Céu Aberto	Fossa	Sistema de Esgoto
0	1	2

32. Assinale quais dos recursos sua família possui:

Quantidade de bens duráveis:

0-4	5 ou mais
0	1

	Televisão
	Telefone
	Rádio
	Bicicleta
	Moto
	Carro
	Geladeira
	Fogão
	Computador

TRABALHO E RENDA

33. Atualmente, você está exercendo algum tipo de trabalho remunerado?

Não	0
Faço bico	1
Trabalho com carteira assinada	2
Trabalho sem carteira assinada	3

34. Quanto você ganha por mês? _____

35. Quanto a sua família ganha por mês? _____

36. Quem é a principal pessoa responsável por dar o dinheiro para pagar as contas da sua casa?

Homens	0
Mulheres	1
Dividido entre homens e mulheres	2

37. Você já precisou vender alguma coisa sua para poder comer?

Não	Sim
0	1
0	1

38. Você já precisou pedir dinheiro para poder comer?

SAÚDE

39. Você consegue atendimento médico ou de outros profissionais da saúde quando precisa?

Nunca	Poucas Vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3

40. Você deixou de utilizar algum serviço de saúde por não ter dinheiro para pagar o transporte?

Não	Sim
0	1

41. Na sua casa, alguma criança já morreu?

Não	Sim
0	1

42. Quantas refeições você costuma fazer por dia?

Nenhuma	Uma	Duas	Três ou Mais
0	1	2	3

43. Tem alguém na sua casa com desnutrição?

Não	Sim
0	1
0	1

44. Você ou alguém em sua família têm problemas por beber demais ou por usar drogas?

ASPECTOS SUBJETIVOS DA POBREZA

45. Como você se considera?

Pobre	Nem rico nem pobre	Rico
0	1	2

46. Como estava a situação financeira da sua família no ano passado?

Muito pior do que agora	0
Pior do que agora	1
Está na mesma	2

Melhor do que agora	3
Muito melhor do que agora	4
Não sabe	5

47. Em sua opinião, qual o principal problema social da sua comunidade? (escolha uma opção).

Desemprego	0
Violência e Criminalidade	1
Moradia ou Posse da terra	2
Serviços públicos (saúde, educação, etc.)	3
Prostituição infanto-juvenil	4
Transporte	5
Problemas ambientais (seca, poluição, enchente, desmatamento)	6

48. Quando o dinheiro é pouco, quais são os três principais gastos que devem ser feitos?

Alimentação	0
Dívidas	1
Educação	2
Gás/ Luz/ Água	3
Medicamentos e Serviços de Saúde	4
Moradia	5
Roupa	6
Lazer	7
Transporte	8

49. O dinheiro da sua casa é suficiente para viver bem?

Discordo Totalmente	0
Discordo	1
Nem concordo e nem discordo	2
Concordo	3
Concordo Totalmente	4

50. Como você percebe a pobreza na sua comunidade nos últimos anos?

Diminuiu muito	0
Diminuiu	1
Não mudou	2
Aumentou	3
Aumentou Muito	4

VOCÊ ACREDITA QUE A FALTA DE DINHEIRO PREJUDICA:

51. Ser tratado com respeito

52. Ser atendido nos serviços públicos (saúde, educação, etc.)

Não	Sim
0	1
0	1

80. Sente-se cansado(a) o tempo todo?
 81. Cansa-se com facilidade?
 82. Têm sensações desagradáveis no estômago?

0	1
0	1
0	1

ABAIXO TEM ALGUMAS AFIRMAÇÕES A RESPEITO DA SUA COMUNIDADE. POR FAVOR, MARQUE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DELAS:

	Discordo muito	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
83. Acho minha comunidade um bom lugar para viver.	0	1	2	3	4
84. Pessoas na minha comunidade não compartilham os mesmos valores.	0	1	2	3	4
85. Meus vizinhos e eu queremos as mesmas coisas.	0	1	2	3	4
86. Eu consigo reconhecer muitas pessoas que vivem na minha comunidade.	0	1	2	3	4
87. Eu me sinto em casa nessa comunidade.	0	1	2	3	4
88. Poucos vizinhos me conhecem.	0	1	2	3	4
89. Eu me importo com o que os meus vizinhos pensam das minhas ações.	0	1	2	3	4
90. Eu não tenho nenhuma influência sobre como é esta comunidade.	0	1	2	3	4
91. Se existir um problema nessa comunidade as pessoas que vivem aqui podem resolvê-lo.	0	1	2	3	4
92. Para mim, é muito importante viver nesta comunidade.	0	1	2	3	4
93. As pessoas desta comunidade geralmente não se dão bem.	0	1	2	3	4
94. Eu espero viver nesta comunidade por um longo período.	0	1	2	3	4

RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS DE ACORDO COM O QUE VOCÊ PENSA.

	Discordo Muito	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo Muito
95. Não importa o que você faça, se algo ruim vai acontecer com você, acontecerá de qualquer jeito.	0	1	2	3	4
96. Tudo que acontece com uma pessoa foi planejado por Deus.	0	1	2	3	4
97. Se acontecem coisas ruins, é porque tinha que ser assim.	0	1	2	3	4
98. Você sente que não tem nenhum controle sobre as coisas que acontecem com você.	0	1	2	3	4
99. A sua vida está determinada por suas próprias ações.	0	1	2	3	4
100. Existem pessoas que nascem com sorte.	0	1	2	3	4
101. Qualquer coisa que aconteça na sua vida é porque Deus quer que aconteça.	0	1	2	3	4
102. Não se pode vencer na vida, não importa o quanto a pessoa se esforce.	0	1	2	3	4
103. O que a pessoa ganha da vida é sempre resultado do esforço que ela dedica.	0	1	2	3	4
104. Quando acontecem coisas boas com as pessoas é por sorte.	0	1	2	3	4
105. Deus controla tudo de bom e de mau que acontece com uma pessoa.	0	1	2	3	4
106. O que acontece com uma pessoa é consequência do que ela faz.	0	1	2	3	4

107. As coisas boas que acontecem com você geralmente são por sorte.	0	1	2	3	4
	Discordo Muito	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo Muito
108. A pessoa morre quando é sua hora e não há muito o que se possa fazer sobre isso.	0	1	2	3	4
109. O sucesso está determinado quando se nasce, não há nada o que se possa fazer para ter sucesso na vida.	0	1	2	3	4

INDIQUE COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTE POR SUA CONDIÇÃO FINANCEIRA ...

	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
110. Envergonhado(a)	0	1	2	3	4
111. Ridículo(a)	0	1	2	3	4
112. Inseguro(a)	0	1	2	3	4
113. Humilhado(a)	0	1	2	3	4
114. Paralisado(a)	0	1	2	3	4
115. Tímido(a)	0	1	2	3	4
116. Que as pessoas estão rindo de você	0	1	2	3	4
117. Rejeitado(a) pelos outros	0	1	2	3	4
118. Que as pessoas lhe tratam injustamente	0	1	2	3	4
119. Excluído(a)	0	1	2	3	4
120. Inferiorizado(a)	0	1	2	3	4
121. Ridicularizado(a)	0	1	2	3	4
122. Menosprezado(a)	0	1	2	3	4
123. Duramente criticado(a)	0	1	2	3	4
124. Insultado ou tratado de maneira desrespeitosa	0	1	2	3	4

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI HUMILHADO (A) NOS SEGUINTE LUGARES:

	Nunca	Poucas Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre
125. Posto de saúde/hospital	0	1	2	3	4
126. Escola	0	1	2	3	4
127. Local de trabalho	0	1	2	3	4
128. CRAS e/ou CREAS	0	1	2	3	4
129. Família	0	1	2	3	4
130. Igreja ou espaço Religioso	0	1	2	3	4
131. Comércio/Mercearia	0	1	2	3	4

HUMILHARAM VOCÊ POR:

- 132. Sua cor ou sua etnia?**
133. Seu local de moradia?
134. Ser homem ou mulher?
135. Alguma doença/deficiência?
136. Quantidade de dinheiro que você ganha?
137. Falta de estudos?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

	Nunca	Poucas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
138. Empréstimo de algo do que preciso.	0	1	2	4
139. Sugestões sobre meu futuro.	0	1	2	4
140. Ouve com atenção meus problemas pessoais.	0	1	2	4
141. Empréstimo de dinheiro.	0	1	2	4
142. Orienta minhas decisões.	0	1	2	4
143. Compreende minhas dificuldades.	0	1	2	4
144. Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.	0	1	2	4
145. Esclarece minhas dúvidas.	0	1	2	4
146. Está ao meu lado em qualquer situação.	0	1	2	4
147. Fornece-me alimentação quando preciso.	0	1	2	4
148. Ajuda-me a resolver um problema prático.	0	1	2	4
149. Preocupa-se comigo.	0	1	2	4

COM QUE FREQUÊNCIA, NAS SITUAÇÕES DIFÍCEIS DA SUA VIDA, VOCÊ ENCONTRA AJUDA DOS(AS)...

	Nunca	Poucas Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre
150. Amigos	0	1	2	3	4
151. Vizinhos	0	1	2	3	4
152. Família	0	1	2	3	4
153. Igreja ou grupo religioso	0	1	2	3	4
154. CRAS, CREAS	0	1	2	3	4
155. Posto de saúde/Hospital	0	1	2	3	4
156. Escola	0	1	2	3	4
157. Associações de moradores	0	1	2	3	4

No último ano, você e/ou sua família passou por algum desses problemas? (Se respondeu “não” em todos os itens, vá para questão a 174)

	NÃO	SIM
158. Inundações ou enchentes	0	1
159. Seca e estiagem	0	1
160. Alterações no alagamento sazonal da floresta	0	1
161. Desmatamento	0	1

VOCÊ E/OU SUA FAMÍLIA

- 162. Fez alguma coisa para diminuir este problema no futuro?**
163. Teve ajuda do governo?

Não	Sim
0	1
0	1

ESSES PROBLEMAS PROVOCARAM:

- 164. Falta de água para consumo humano**
165. Falta de água para consumo animal
166. Morte dos animais
167. Saída do campo para a cidade de algum membro da família
168. Dificuldades relacionadas ao sono
169. Ficar endividado
170. Insegurança quanto ao futuro
171. Saída de algum membro da família da escola
172. Perdas na produção
173. Sentimentos de desânimo e tristeza

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU NÃO COM AS AFIRMATIVAS ABAIXO?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo e	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------------	----------	---------------------

		nem discordo			
174. Você é capaz de se adaptar às mudanças.	0	1	2	3	4
175. Você pode lidar com tudo que lhe acontece.	0	1	2	3	4
176. Você vê o lado engraçado das coisas.	0	1	2	3	4
177. Lidar com o estresse lhe fortalece.	0	1	2	3	4
178. Você costuma se recuperar depois de doenças ou trabalho pesado.	0	1	2	3	4
179. Você consegue alcançar os seus objetivos.	0	1	2	3	4
180. Sob pressão, você consegue ter foco e pensar com clareza.	0	1	2	3	4
181. Você não se desencoraja facilmente quando falha.	0	1	2	3	4
182. Você se considera uma pessoa forte.	0	1	2	3	4
183. Você consegue lidar com os sentimentos desagradáveis.	0	1	2	3	4

AVALIE O QUESTIONÁRIO:

184. O questionário é muito longo

185. O questionário é chato

186. No questionário me perguntam coisas que eu acho que são importantes

Não	Sim
0	1
0	1
0	1

Muito obrigado(a) pela participação!

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Questionário Pobreza Multidimensional

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ***Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul*** que será realizada nas cidades de Pentecoste (Ceará), Humaitá (Amazonas) e Cascavel (Paraná). Tal pesquisa tem por objetivo comparar as implicações psicossociais (sentimentos, pensamentos e ações) da pobreza na vida de moradores/moradoras das comunidades rurais das regiões Nordeste, Norte e Sul.

No caso específico de sua participação, o pesquisador preencherá um questionário junto com você, onde serão feitas algumas perguntas que poderá responder de forma livre. Não há respostas certas ou erradas e não haverá identificação do seu nome no questionário. Depois de respondido, o questionário se juntará a outros, para que possam ser analisados. Não haverá retorno financeiro pela sua participação e oferecemos como benefício os resultados dessa pesquisa.

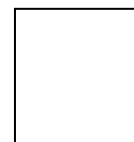
Com essas informações, gostaria de saber a sua aceitação em participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. A identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 3. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 5. Não haverá riscos ou desconfortos causados pela pesquisa; e 6. Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento que será emitido em duas vias.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, na rua Coronel Nunes de Melo, nº 1000, telefone: 33668344. Em caso de dúvida sobre a pesquisa e seus procedimentos, poderá comunicar-se com a coordenadora da pesquisadora Prof^ª. Verônica Moraes Ximenes, Departamento de Psicologia, Av. Universidade, 2762, Benfica, Fortaleza/CE, CEP: 60020-180, fone: (85) 33667729 ou (85) 32341058. Ou com as pesquisadoras Prof^ª. Clarice Regina Catelan Ferreira (Cascavel), fone: 99296934 e Prof^ª. Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas (Humaitá), fone: 981187791.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

OU



Digital do sujeito da pesquisa

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Prof^ª. Dra. Verônica Moraes Ximenes
Assinatura da Coordenadora da Pesquisa

Assinatura de quem obteve o TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA

Oficina

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ***Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul*** que será realizada nas cidades de Pentecoste (Ceará), Humaitá (Amazonas) e Cascavel (Paraná) e tem por objetivo comparar as implicações psicossociais (sentimentos, pensamentos e ações) da pobreza na vida de moradores/moradoras das comunidades rurais das regiões Nordeste, Norte e Sul.

No caso específico de sua participação, o pesquisador facilitará uma oficina em grupo, onde serão propostas atividades e você participará de forma livre. O pesquisador utilizará um roteiro de atividade e um gravador para registrar as informações fornecidas por você. Não haverá identificação do seu nome das gravações. Não haverá, também, retorno financeiro pela sua participação, mas oferecemos como benefício o resultado dessa pesquisa.

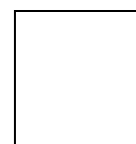
Com essas informações, gostaria de saber a sua aceitação em participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. A identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 3. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 5. Não haverá riscos ou desconfortos causados pela pesquisa; e 6. Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento que será emitido em duas vias.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, na rua Coronel Nunes de Melo, nº 1000, telefone: 33668344. Em caso de dúvida sobre a pesquisa e seus procedimentos, poderá comunicar-se com a coordenadora da pesquisadora Prof^a. Verônica Morais Ximenes, Departamento de Psicologia, Av. Universidade, 2762, Benfica, Fortaleza/CE, CEP: 60020-180, fone: (85) 33667729 ou (85) 32341058.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

OU



Digital do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Prof^a. Dra. Verônica Morais Ximenes
Assinatura da Coordenadora da Pesquisa

ANEXO 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial de comunidades rurais nas regiões Nordeste, Norte e Sul

Pesquisador: Veronica Moraes Ximenes

Versão: 1

CAAE: 46474715.5.1001.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 059915/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

ANEXO B

Notifications

**[RIP/IJP] Editor Decision**

2019-09-07 01:16 PM

Barbara Barbosa Nepomuceno, Verônica Morais Ximenes:

The editing of your submission, "Apoio social e saúde mental em mulheres em contextos de pobreza no Brasil," is complete. We are now sending it to production.

Submission URL: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/authorDashboard/submission/1059>

Mgter. María Malena Lenta
Universidad de Buenos Aires
Phone 541144171396
malenalenta@gmail.com

Mgter. María Malena Lenta Docente e Investigadora Universidad de Buenos Aires Argentina

The following message is being delivered on behalf of Interamerican Journal of Psychology.
