

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA CLÍNICA

REJANE RODRIGUES BARBOSA CASTELO

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES SERTANEJAS USUÁRIAS DO CAPS DE  
QUIXADÁ-CE.

SÃO CARLOS – SP

2023

REJANE RODRIGUES BARBOSA CASTELO

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES SERTANEJAS USUÁRIAS DO CAPS DE  
QUIXADÁ-CE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Taís Bleicher.

SÃO CARLOS – SP

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA CLÍNICA

REJANE RODRIGUES BARBOSA CASTELO

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES SERTANEJAS USUÁRIAS DO CAPS DE  
QUIXADÁ-CE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

APROVADA EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Taís Bleicher

Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica  
Universidade Federal de São Carlos

---

Prof. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica  
Universidade Federal de São Carlos

---

Prof. Dra. Rochelle de Arruda Moura

Docente do Curso de Psicologia  
Centro Universitário Maurício de Nassau

Ao Roninho, meu anjo que agora brilha no céu.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus que me concedeu força e ânimo durante esta jornada do mestrado para conseguir concluir os estudos.

Ao meu esposo, Luciano Castelo e meus filhos diletos, Mariana, Vinícius e Tomás pelo apoio, incentivo, colaboração incansável e por terem abraçado junto comigo os desafios desse caminho que levaram a realização desse sonho.

Aos meus pais, Mauro e Rosélia e meus irmãos Rosana e Renê, por compreenderem minhas lutas e ausências quando muitas vezes desejei estar mais presente na vida deles.

À estimada, Taís Bleicher, minha orientadora, que tão cuidadosamente trabalhou comigo nesta pesquisa e acima de tudo incentivou, considerando a potência que o seu resultado pode alcançar.

Às queridas Mulheres Sertanejas que aceitaram participar desse estudo, por terem acreditado e compartilhado tão generosamente suas vidas e sonhos em vista da construção de um mundo melhor.

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”.

(José Saramago)

## RESUMO

As Mulheres Nordestinas Sertanejas surgem como uma das principais protagonistas do atual cenário da Atenção Psicossocial no Sertão. Elas trazem em si a demanda apresentada em forma de sofrimento psíquico para os Centros de Atenção Psicossocial; sendo assim, a proposta desta pesquisa consistiu em realizar um estudo sobre esse sofrimento psíquico na perspectiva de gênero e avaliar seus impactos na saúde mental. Realizou-se uma leitura a fim de conhecer as formas e os fatores potencialmente relacionados ao Sofrimento Psíquico em mulheres sertanejas; ilustrar uma potencial estratégia de cuidado a mulheres sertanejas usuárias de um CAPS e relacioná-las a Economia Solidária em seus pilares para pensar em inclusão social pelo trabalho dessas mulheres. A metodologia empregada nesta pesquisa seguiu um delineamento qualitativo, de natureza exploratória, utilizando a triangulação de dois métodos: a pesquisa-ação e análise de conteúdo. Durante a operacionalização do estudo foi aplicada a estratégia roda de conversa, onde participaram do grupo, intitulado “Ateliê do Sentido”, doze mulheres que apresentavam queixas semelhantes. Como resultado verificou-se que a mulher nordestina sertaneja possui um perfil singular, está muitas vezes condicionada à situações que lhe causam vulnerabilidades como: a discriminação de gênero na divisão dos papéis tradicionais familiares, a convivência com o estigma, a ausência de autonomia para planejar suas ações e futuro e a ausência de políticas voltadas para forma subjetiva de ser no mundo. Por fim, é de suma importância salientar que a legislação referente às políticas de saúde mental sejam cumpridas e implementadas, haja orçamento público para alocação de recursos que viabilizem a realização dos projetos terapêuticos de maneira efetiva, a participação cidadã através de conselhos participativos, que permitam as próprias mulheres sertanejas influenciarem nas decisões e no monitoramento das políticas principalmente locais, como também, o monitoramento e avaliação pelos órgãos de fiscalização a fim de avaliar se os recursos e os objetivos estão obtendo os resultados desejados, e por fim a realização de ajustes e melhorias ao longo do tempo, garantindo a efetividade das ações implementadas.

**Palavras-Chave:** Centro de Atenção Psicossocial; Sofrimento Psíquico; Economia Solidária; Gênero; Mulheres.

## ABSTRACT

The Northeastern Sertanejas Women emerge as one of the main protagonists of the current scenario of Psychosocial Care in the Sertão. They bring with them the demand presented in the form of psychic suffering to the Psychosocial Care Centers; Thus, the purpose of this research was to conduct a study on this psychological distress from a gender perspective and to evaluate its impacts on mental health. A reading was carried out in order to know the forms and factors potentially related to Psychic Suffering in women from the countryside; to illustrate a potential strategy of care for women from the countryside who use a CAPS and relate them to the Solidarity Economy in its pillars to think about social inclusion through the work of these women. The methodology used in this research followed a qualitative design, of an exploratory nature, using the triangulation of two methods: action research and content analysis. During the operationalization of the study, the conversation circle strategy was applied, where twelve women who presented similar complaints participated in the group, entitled "Atelier of Meaning". As a result, it was found that the northeastern sertanejo woman has a unique profile, is often conditioned to situations that cause her vulnerabilities such as: gender discrimination in the division of traditional family roles, living with stigma, the absence of autonomy to plan her actions and future and the absence of policies aimed at the subjective way of being in the world. Finally, it is of paramount importance to point out that the legislation related to mental health policies is complied with and implemented, there is a public budget for the allocation of resources that enable the realization of therapeutic projects in an effective way, citizen participation through participatory councils, which allow the women themselves to influence the decisions and monitoring of policies, especially local ones, as well as monitoring and evaluation by inspection bodies in order to assess whether the resources and objectives are obtaining the desired results, and finally the making of adjustments and improvements over time, ensuring the effectiveness of the actions implemented.

Keywords: Psychosocial Care Center; Psychic Suffering; Solidarity Economy; Gender; Women.

## LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulheres

CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública

CNPM – Conferência Nacional de Políticas para Mulheres

PNPM- Plano Nacional de Políticas para Mulheres

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

EES - Empreendimentos de Economia Solidária

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF – Programa Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

FECLESC – Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central

UNICATÓLICA – Centro Universitário Católica do Sertão Central

FADAT – Faculdade Dom Adélio Tomasin

UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos

PPGGC – Programa de Pós- Graduação em Gestão da Clínica

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IBRE- Instituto Brasileiro de Economia

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. MOTIVAÇÃO.....	11
1.2. PROBLEMATIZAÇÃO.....	12
1.3. JUSTIFICATIVAS.....	13
1.3.1-JUSTIFICATIVA POLÍTICA.....	13
1.3.2. JUSTIFICATIVA SOCIAL .....	14
1.3.3. JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA .....	15
1.4. OBJETIVOS.....	15
1.4.1. GERAL.....	15
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	15
2. REVISÃO E DISCUSSÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. A MULHER NORDESTINA SERTANEJA.....	16
2.2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS MULHERES.....	21
2. 3. A ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO PERSPECTIVA DE INCLUSÃO PELO TRABALHO.....	25
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	28
3. 1. DESENHO DA PESQUISA.....	29
3.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....	29
3.3. PROCEDIMENTOS DE ESTUDO.....	30
3.3.1. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	31
3.3.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PROJETO.....	31
3.3.3. PARTICIPAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO.....	31
3.3.4. ESCRITA DA DISSERTAÇÃO.....	31
3.4. CRITÉRIOS.....	32
3.4.1. INCLUSÃO.....	32
3.4.2. EXCLUSÃO.....	32
3.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	32
3.6. COLETA DE DADOS.....	34
3.7. INSTRUMENTOS DE INTERPRETAÇÃO.....	35
3.7.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	36
3.7.2. PESQUISA-AÇÃO.....	36
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	38

3.8.1. RISCOS.....	38
3.8.2. BENEFÍCIOS.....	38
3.9. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E CATEGORIAS.....	39
3.9.1. DESCRIÇÃO DOS PERFIS.....	40
3.9.2. CATEGORIAS.....	40
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	41
4.1. IDENTIFICANDO O PERFIL DA MULHER NORDESTINA SERTANEJAS.....	41
4.2. O LUGAR DA MULHER SERTANEJA NO MUNDO.....	47
4.3. AUTONOMIA UM PILAR DA SAÚDE MENTAL.....	51
4.4. CUIDAR DO OUTRO QUE TAMBÉM É SER A (GENTE).....	54
4.4.1. O CUIDAR E O PRODUTO DA EXPERIÊNCIA DO SER A(GENTE).....	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE I.....	70
APÊNDICE II.....	71
APÊNDICE III.....	72
APÊNDICE IV.....	73

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. MOTIVAÇÃO

Sou Terapeuta Ocupacional, estou há dezessete anos dentro do serviço de CAPS e, em meu exercício profissional, mais especificamente nos últimos dez anos, percebi que o cuidado da psicose, que antes era o foco principal da atenção do CAPS, foi sendo compartilhado com uma nova demanda que surgia: a do Sofrimento Psíquico. A problemática foi ganhando espaço dentro dos serviços de saúde e vem sendo direcionada ao serviço especializado, mesmo se tratando de questões que poderiam ser acolhidas na atenção primária.

Nesse novo contexto da Atenção Psicossocial, os pacientes em sofrimento psíquico procuram no serviço de saúde solução para as suas mais variadas queixas. É sabido que os sintomas de ansiedade generalizados são a principal demanda apresentada hoje nos CAPS. De acordo com Menezes, Moura e Mafra (2017), na atenção secundária do SUS, não se pode deixar de expor a importância dos CAPS em relação à prevalência de quadros de ansiedade e essa referida queixa apresenta-se como um importante problema de Saúde Pública, visto que possui dados de prevalência consideráveis, relaciona-se com prejuízos à saúde em curto e médio prazo se não tratados e, em geral, sua identificação é negligenciada nos locais de atenção à saúde. Embora não se tenha ainda em Quixadá dados estatísticos sobre este aspecto, é possível visualizá-lo pelo que se apresenta diariamente no serviço de acolhimento. Vale ressaltar que a saúde mental das mulheres é um tema cada vez mais discutido e que precisa ser abordado pela seriedade que o tema exige. Segundo Organização Mundial da Saúde (2000), a saúde mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como aspectos socioculturais, legais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais, e a identificação e a modificação desses fatores tornaria possível a prevenção primária de algumas desordens. A descrição de situações de vida e de estudos de caso auxiliaria na compreensão do contexto onde se desenvolvem quadros como a depressão, o desgaste emocional, a ansiedade, dentre outras desordens, bem como na compreensão do sentido que a saúde mental assume para as mulheres. A inexistência de investigações que estudem a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental pode levar a uma política de saúde que não leve em conta prioridades fundamentais.

O interesse da pesquisadora por este tema ocorreu pelo motivo da mesma também ser trabalhadora do referido serviço de saúde mental e por isso ocupar um duplo espaço na produção desses dados. Essa experiência lhe proporcionou percepção de que uma considerável parte das mulheres, atendidas diariamente no CAPS de Quixadá, apresentava um perfil de sofrimento psíquico refratário e, por conta disso, buscavam frequente e principalmente os ambulatórios de acolhimento, psiquiatria e psicologia.

Diante do exposto, sinto-me motivada a aprofundar o assunto e buscar alternativas de cuidado resolutiva com o foco na perspectiva psicossocial, a fim de oferecer uma atenção voltada a este público.

## **1.2 PROBLEMATIZAÇÃO**

A Saúde Coletiva, após os movimentos da Saúde Pública, da Saúde Preventiva, da Saúde Comunitária e da Reforma Sanitária, ampliou e ressingularizou o campo da atuação dos profissionais de Saúde. Da assistência às doenças para o cuidado humano, da nosologia médica para as necessidades em saúde, do tratamento e reabilitação para a integralidade da saúde (Campos, 2006).

A partir da consolidação do SUS, advém a reorientação do modelo de atenção à saúde mental, centrado não mais na doença, mas, na pessoa, integralmente. Almeja-se que o cuidado à saúde seja descentralizado, que os indivíduos, usuários dos serviços de saúde e cidadãos, possam ser, de fato, sujeitos participantes do planejamento, implementação e avaliação das ações que lhes dizem respeito.

O movimento de reforma psiquiátrica, no Brasil, configura-se no contexto da reforma sanitária e, através de discussões e reflexões, propõe a desconstrução e desinstitucionalização do saber e da prática centrada no modelo biomédico-psicológico disciplinador e estigmatizante vigente nos hospitais psiquiátricos. Legitimada por um arcabouço legal, cuja base é a Constituição de 1998, a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a reforma encontra sua fundamentação na legislação específica, expressa na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004), bem como nas diversas portarias editadas e atualizadas constantemente pelo Ministério da Saúde, o que dá sustentação normativa a esse processo. Sua efetivação no cotidiano dos trabalhadores e usuários, no entanto, é constituída atualmente

por passos curtos na tensão permanente entre a sobrevivência do modelo psiquiátrico clássico e a proposta do modelo de Atenção Psicossocial territorial.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, no Ceará e em Quixadá, configuram-se como movimentos político-sociais, historicamente marcados por diversos avanços, porém, com desafios relevantes na sua implementação. A implantação da Política de Saúde Mental quixadaense surge nesse mesmo contexto e ainda muito aliada aos profissionais advindos da militância da Reforma Sanitária, como também, contando com a parceria de uma universidade que, através de seu supervisor institucional, trouxe para o CAPS possibilidades de ser um equipamento que não só “funcionava”, mas, articulava a teoria e prática. (Bleicher, 2015).

Hoje, nos serviços de saúde, em Quixadá, surgem várias expressões de sofrimento psíquico. Sendo assim, deparamo-nos com o desafio de continuar cuidando das pessoas, produzir outros conhecimentos, detectar a demanda que hoje chega ao serviço, escutar o que o outro traz, acolher e não somente realizar triagens e avaliações, mas, principalmente, dar encaminhamento e resolutividade, traduzir sentidos e histórias. “Seremos capazes de enquanto trabalhadores de saúde mental ser ‘tradutores de mundo’. Não nos deixarmos levar por práticas sem sentido, mas darmos sentido as nossas práticas” (Sampaio, 2007, p.18).

Quando realizado o estudo do sofrimento psíquico e analisando dados mundiais, podemos constatar que estes sintomas, atualmente, são mais comumente diagnosticados em mulheres: cerca de 10,3% (Pesquisa Nacional de Comorbidades - National Comorbidity Survey- NCS). No contexto nacional, uma pesquisa conduzida entre maio e junho de 2020 pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP mostrou que, durante a pandemia da Covid-19, as mulheres foram as mais afetadas psicologicamente, apresentando 40,5% de sintomas de depressão, 34,9% de ansiedade e 37,3% de estresse (Serafim, USP, 2021).

### **1.3. JUSTIFICATIVAS**

#### **1.3.1. JUSTIFICATIVA POLITICA**

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e

procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (Teixeira, 1997).

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade.

Como uma ação dentro das políticas públicas está a introdução da dimensão de gênero na forma da criação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançado em 1983, a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista, o PAISM ampliou a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto, construindo uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder (Correa, 1993), conforme citado em Ferraz (2010). De acordo com Marques (2013, p.11), conforme citado por Bleicher (2015, p.230) em Quixadá, a Política Pública parte-se do pressuposto que era preciso construir um modelo, construir resultados, mudar a cultura, a mentalidade da população em relação à Saúde Mental. Analisar a justificativa política é relevante, porque se trata de dar seguimento às ações de um serviço inserido em uma política pública de saúde mental na perspectiva psicossocial e de rede, trazendo novas elaborações, ações práticas e proporcionando a dinamicidade do serviço. Além de que, nesse novo momento histórico onde os serviços de saúde mental encontram-se superlotados, com baixos investimentos financeiros para melhorar suas estruturas e proporcionar melhor atenção, poder utilizar-se dos recursos técnicos poderá tornar-se uma boa estratégia.

### **1.3.2. JUSTIFICATIVA SOCIAL**

Pretende-se com o desenvolvimento dessa pesquisa contribuir para a produção do cuidado das mulheres usuárias dos serviços de saúde de Quixadá. A partir de uma reflexão voltada para a perspectiva de gênero, busca-se identificar se há relação entre fatores determinantes sociais com o sofrimento psíquico da mulher sertaneja, considerando a perspectiva da articulação de renda e ocupação e, assim, propor ações que possam contribuir

para modificar a realidade dessas usuárias. Desse modo, pretende-se tomar como fundamento os pressupostos da Economia Solidária como aporte para pensar em saúde.

### **1.3.3. JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA**

De acordo com pesquisa realizada com os descritores “sofrimento psíquico”, “mulheres” e “CAPS”; foram encontrados 10 artigos, estes continham reflexões do sofrimento psíquico relacionados a diversas causas, o maior número referente a violência contra a mulher. Sendo assim, justifica-se academicamente a proposta da pesquisa, com o intuito de verificar se estas são as causas únicas do problema ou se existem outros fatores que são relevantes e precisam ser citados.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1 GERAL**

Compreender o contexto do Sofrimento Psíquico sob enfoque de gênero em Mulheres Sertanejas usuárias de um CAPS.

### **1.4.2 ESPECÍFICOS**

- . Conhecer as formas e os fatores potencialmente relacionados ao Sofrimento Psíquico em mulheres sertanejas;
- . Ilustrar uma potencial estratégia de cuidado a mulheres sertanejas usuárias de um CAPS;
- . Relacionar estratégias de cuidado a Economia Solidária em seus pilares para pensar em inclusão social pelo trabalho das mulheres sertanejas.

## 2. REVISÃO E DISCUSSÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A MULHER NORDESTINA SERTANEJA

O Perfil Populacional das Mulheres do Brasil se formou ao longo do tempo, ainda no contexto da chegada dos europeus as terras brasileiras, foram acontecendo as primeiras relações entre os portugueses e as indígenas que já viviam no lugar, formando a primeira categoria, as chamadas caboclas ou mamelucas. Segundo relatos da História, de acordo como aconteciam os processos migratórios, os negros africanos que vieram ao país e se uniram as mulheres favoreceram o surgimento de duas novas categorias: as mulatas, que derivaram do relacionamento com mulheres brancas e as Cafuzas, que descenderam das indígenas. A partir dessas três classificações surgiu uma população de miscigenação muito expressiva formando as diversas categorias de mulheres brasileiras (Macieira, 2016).

No encontro dessa diversidade de povos indígenas, europeus e africanos, surge, também, a Mulher Nordestina, sendo que sua descendência possui grande predomínio dos negros e mulatos que povoavam os engenhos nordestinos.

Mulheres ricas, mulheres pobres; cultas ou analfabetas; mulheres livres ou escravas do sertão. Não importa a categoria social: o feminino ultrapassa a barreira das classes. Ao nascerem, são chamadas “mininu fêmea”. A elas certos comportamentos, posturas, atitudes e até pensamentos foram impostos, mas também viveram o seu tempo e o carregaram dentro delas (Priore, 2004, p. 202)

Na iniciativa de contar a origem da mulher no Brasil, autores referem que viajantes ao chegarem em terras brasileiras observavam o comportamento dos povos indígenas, também chamados de Tupinambás. É certo que não há muitas fontes que tratam dessas mulheres dos séculos XVI e XVII conforme afirma Priore (2004).

O cotidiano feminino entre os tupinambás pode ser vislumbrado a partir dos relatos de viajantes que observaram a cultura indígena no Brasil colonial. É verdade que a documentação dos séculos XVI e XVII é pouco precisa e muito contraditória ao tratar dos antigos tupinambás; no entanto, esses documentos são bastante valiosos quando os concebemos como representação da realidade, como imagens europeias sobre as sociedades indígenas radicadas no litoral do Brasil (Priore, 2004, p.10).

Em meados do século XVIII observa-se a presença das mulheres mais especificamente da região de Minas Gerais por ocasião da descoberta de ouro e aumento da atividade de mineração.

Sob esse cenário de ouro, diamantes e imaginação, como viveram, amaram e trabalharam as mulheres? Visitaremos o cotidiano das mulheres mineiras no século XVIII, sobretudo aquelas que trabalhavam enfrentando situações adversas em que se misturavam miséria, preconceitos e dificuldades de toda ordem. Essa pequena e silenciada multidão representa personagens anônimos de uma história sobre a qual ainda há muito o que contar e aprender. (Priore, 2004,p.119)

Em Priore (2004) a mulher nordestina do século XIX tem vários rostos e cada uma delas possui uma importância singular que enriquece a cultura não transparecendo nenhuma sobreposição de uma em detrimento de outra, muito embora, enfatize que por questões econômicas e sociais o seu destaque e grau de superioridade para a sociedade aparecem de forma mais evidente ou de quase nenhuma evidência entre as mulheres ricas e as mulheres pobres.

As mulheres no tempo (século XIX), no espaço (o sertão, as províncias de Piauí e Ceará) aparecem cantadas na literatura de cordel, em testamentos, inventários ou livros de memórias. As muito ricas, ou da elite intelectual, estão nas páginas dos inventários, nos livros, com suas joias e posses de terras; as escravas, também estão ali, embora pertencendo às ricas. As pobres livres, as lavadeiras, as doceiras, as costureiras e rendeiras - tão conhecidas nas cantigas do nordeste -, as apanhadeiras de água nos riachos, as quebradeiras de coco e parteiras, todas essas temos mais dificuldade em conhecer: nenhum bem deixaram após a morte, e seus filhos não abriram inventário, nada escreveram ou falaram de seus anseios, medos, angústias, pois eram analfabetas e tiveram, no seu dia a dia de trabalho, de lutar pela sobrevivência (Priore, 2004, p.202).

Passados alguns anos, agora em momentos mais atuais, percebe-se que mesmo diante de lutas em defesa das mulheres o panorama ainda não atingiu o seu ideal. Conforme Segato (2012) o estado que teria a função de proteger e favorecer sua autonomia é o mesmo que as aprisionam.

Apresenta-se aí um dilema semelhante, pois como seria possível recorrer ao amparo dos direitos estatais sem propor a progressiva dependência de um Estado permanentemente colonizador cujo projeto histórico não coincide com o projeto das autonomias e da restauração do tecido comunitário? É contraditório afirmar o direito à autonomia e, simultaneamente afirmar que deve-se esperar que o Estado crie as leis que deverão defender os frágeis e prejudicados dentro dessas autonomias(...)Minha primeira afirmação nessa tarefa é que o Estado entrega aqui com uma mão aquilo que já retirou com a outra: cria uma lei que defende as mulheres da violência à qual estão

expostas porque esse mesmo Estado já destruiu as instituições e o tecido comunitário que as protegia. O advento moderno tenta desenvolver e introduzir seu próprio antídoto para o veneno que inocula (Segato, 2012, p.110).

Existe uma ideia ainda ambígua referente à designação de mulher sertaneja, onde especificamente ela vive e quais são os limites que a definem como tal. De modo geral, entende-se o sertão no que se refere a oposição ao litoral e “em condições brasileiras, o sertão estaria sempre em interior” (Ferreira, 2004 p.35). No imaginário coletivo, o sertão seria um espaço característico de pessoas pobres, pouco desenvolvidas e não-civilizadas, ainda atrasadas, esfomeadas, ligada a um espaço extremamente seco onde não existem possibilidades de desenvolvimento. Nessa perspectiva, Almeida, Zily e Lima (2001) afirmam:

O sertão era a antítese do mundo dos letrados: lugar semiselvagem, atrasado, violento, incivilizado, mas – justamente por isso – misterioso e diferente, tornando-se objeto a ser descrito, analisado, revelado e transfigurado (Almeida, Zily & Lima, 2001).

Muito embora o sertão seja representativo do Nordeste, continuamos encontrando sertão desde Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Amazonas e Rio Grande do Sul.

Para a compreensão da Mulher do Sertão Nordestino, aparece uma imensidão de significados, porque o sertão é também uma imensidão, e por isso, compreendê-la em todas as suas nuances, tempos e transformações faz-se extremamente necessário. Desde o início da colonização, era notório que sobre a mulher eram impostas uma carga de expectativas, sejam elas mulheres livres, ricas ou escravas e pobres. Das livres e ricas almejava-se ser filha de fazendeiro, bem alva, ser dona de escravos, gados e terras, treinadas para se tornarem mães e desempenharem as prendas domésticas, ou ainda, realizarem trabalhos manuais. As escravas e pobres dedicavam-se, sem opções de escolha, a garantir o seu próprio sustento dedicando-se ao trabalho mais pesado e braçal comparado, até mesmo, a trabalho masculinos (Priore, 2004).

Com o advento da Revolução Industrial e a busca dos homens por atividades mais lucrativas nos centros das cidades, as mulheres foram pouco a pouco fazendo parte desse novo espaço além do campo. Cabe aqui destacar que elas foram as primeiras a ocupar o espaço de trabalho em fábricas. Segundo Rago (1997), em 1894 a participação de mão de obra feminina na indústria têxtil na cidade de São Paulo representava 67,62% do total de operários, e no levantamento do ano de 1901, totalizavam 49,95%, sem contar as crianças operárias do sexo

feminino. Muito embora, inicialmente continuasse a tradição de caber ao homem ganhar o sustento da família e às mulheres dedicar-se ao trabalho doméstico, de esposa e de mães. Houve o surgimento da força laboral feminina em trabalho formal, porém, ainda bastante limitada a algumas profissões e com salário inferior ao dos homens. Sobre este aspecto perdura-se, até os dias atuais, as diferenças de remuneração mesmo as mulheres desempenhando as mesmas funções dos homens e realizando ainda trabalhos não remunerados, isto é, cuidar da casa, dos irmãos, dos idosos entre outras (Priore, 2004).

Por outro lado, a mulher que vive da agricultura no sertão ainda apresenta algumas características dos primeiros anos e lhe causa sofrer ainda a falta de direitos. Sobre esse aspecto refere Cordeiro, 2017:

A mulher que vive da agricultura no sertão ainda apresenta características da mulher que vivia nos tempos mais primitivos da história da humanidade. Sendo difícil de imaginar que em pleno século XXI ainda existam cidadãs brasileiras que não são reconhecidas legalmente por falta de documentos como registro de nascimento. Esta é uma das formas mais cruéis de exclusão: o não direito à cidadania (Cordeiro, 2017,p.4).

As mulheres nordestinas, tal como as demais mulheres do país, contribuíram muito para o crescimento e desenvolvimento da sociedade e sempre foram pouco valorizadas na história. Muitos de seus feitos não foram registrados em livros, mas a luta do dia a dia por melhores condições de vida para si e suas famílias sempre foram características que lhes pertenceram.

Uma das conquistas das mulheres de forma geral foi o reconhecimento e respeito pela sua dignidade humana que possuem bases e reconhecimentos a nível internacional como afirma Piovesan (2007):

A Declaração Universal dos Direitos do Homem é considerada como a primeira fundamentação teórica dos direitos humanos como um todo, inclusive no que concerne aos direitos humanos da mulher. Desse modo, ela foi um marco para o desenvolvimento e elaboração de outras declarações e documentos específicos que procuraram defender a figura da mulher em respeito a sua dignidade enquanto pessoa humana (Piovesan, 2007, p.225).

Proteger a sua dignidade como pessoa humana é oferecer a mulher todos os seus direitos, desde os mais básicos e essenciais aos mais altos e mais desejados por elas. Sejam quais foram os seus caminhos sempre existiu um elo em comum entre elas, no sentido de promover sua expressão, a busca por direitos e a oportunidade de serem cidadãs. Na

declaração dos direitos humanos está posto de forma clara e objetiva em seu artigo 4º sobre os direitos da mulher:

Artigo 4º - Toda mulher tem direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Estes direitos compreendem, entre outros: a. o direito a que se respeite sua vida; b. o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral; c. o direito à liberdade e à segurança pessoais; d. o direito a não ser submetida à tortura; e. o direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e que se proteja sua família; f. o direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei; g. o direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos; h. o direito à liberdade de associação; i. o direito à liberdade de professar a religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; j. o direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões". (CEDAW, 2007)

Em geral, as conquistas das mulheres sertanejas estão inseridas no contexto dos direitos adquiridos das mulheres brasileiras, sendo marcado pela luta contra a repressão, a exploração e o preconceito. Das conquistas mais significativas ressalta-se o Direito ao Voto, porque nem sempre as mulheres puderam votar. Esse direito foi conquistado apenas em 24 de fevereiro de 1924, ainda com restrições, pois só era permitido apenas as viúvas, casadas ou solteiras que tivessem a própria renda. Em 1934, as restrições foram abolidas e o voto feminino tornou-se obrigatório; O Estatuto da Mulher Casada, o estatuto revogou alguns pensamentos retrógrados relativos à capacidade feminina. Mesmo não oferecendo a total plenitude dos direitos, se, antes, as mulheres estavam submetidas às vontades dos homens, com as alterações no código civil, elas ganharam mais liberdade para exercerem sua competência civil. Assim, resgataram a possibilidade do poder sobre seus filhos no caso de uma separação, bem como, a necessidade de se fazer ouvida numa relação matrimonial; Licença-Maternidade, em 1943, com a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas, a licença-maternidade foi instituída no país. Porém, inicialmente, o período era equivalente a 84 dias. Além disso, nessa época, o empregador era o responsável pelo financiamento da licença, o que acabava gerando muitas demissões. A partir de 1963, a Previdência Social tornou-se o órgão federal, oficialmente, encarregado do benefício. Entretanto, a estabilidade empregatícia das mulheres grávidas se transformou num problema até a Constituição de 1988. Hoje, a carta magna estabelece um prazo de 120 dias de licença e garante o emprego das trabalhadoras, após o retorno. O decreto imperial permitiu acesso ao Ensino Superior em 1881.

No que tange à violência contra as mulheres, foi promulgada a Lei Maria da Penha. A farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes ficou paraplégica depois de tantos episódios de violência e diversas tentativas de homicídios pelo próprio esposo. O seu sofrimento físico, psicológico e familiar durou 23 anos. Por tal motivo, ela acabou se tornando a figura que materializou os objetivos da introdução da Lei Maria da Penha no código penal brasileiro. Por isso, em 2006, a legislação foi sancionada e possibilitou a criação de dispositivos legais para a punição e prevenção de casos de violência contra as mulheres. Sobre a questão da violência, considera-se que há ainda um caminho a percorrer, pois, em algumas pesquisas recentes (dados das polícias civis da federação) revelam que apenas entre março de 2020, mês que marca o início da pandemia de Covid-19 no país, e dezembro de 2021, último mês com dados disponíveis, foram 2.451 feminicídios e 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino no Brasil (FBSP, 2022).

Após a apresentação desse panorama histórico-cultural acerca da mulher nordestina sertaneja, passaremos agora ao estudo referente às políticas públicas voltadas para as mulheres.

## **2.2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS MULHERES**

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

Segundo Meireles (2012), a necessidade de enfrentar problemas públicos está vinculada a dois componentes fundamentais, a saber: a intencionalidade pública e a resposta a um problema de ordem comunitária. Em outras palavras, explica que, a razão para o

estabelecimento de uma Política Pública, é o tratamento ou resolução de problemas entendidos como coletivamente relevantes.

Portanto, as Políticas Públicas de atenção às mulheres, em nosso país, destacam-se a partir de eventos importantes. Um marco importante a destacar foi a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres no ano de 2004 em Brasília (Oliveira, 2016) Esse evento teve como propósito envolver mulheres de todo o país em plenárias, para que tendo um maior acesso e participação feminina em um espaço de poder, fosse elaborado um instrumento de afirmação da cidadania das mulheres: o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

A Política Nacional para Mulheres (BRASIL,2006) orientou-se para os pontos fundamentais:

- Igualdade e respeito à diversidade – mulheres e homens são iguais em seus direitos. A promoção da igualdade implica no respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida das mulheres;
- Equidade – a todas as pessoas deve ser garantida a igualdade de oportunidades, observando-se os direitos universais e as questões específicas das mulheres;
- Autonomia das mulheres – o poder de decisão sobre suas vidas e corpos deve ser assegurado às mulheres, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e seu país;
- Laicidade do Estado – as políticas públicas voltadas para as mulheres devem ser formuladas e implementadas independentemente de princípios religiosos, de forma a assegurar os direitos consagrados na Constituição Federal e nos instrumentos e acordos internacionais assinados pelo Brasil;
- Universalidade das políticas – as políticas públicas devem garantir, em sua implementação, o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais para todas as mulheres;
- Justiça social – a redistribuição dos recursos e riquezas produzidos pela sociedade e a busca de superação da desigualdade social, que atinge de maneira significativa as mulheres, devem ser assegurados;
- Transparência dos atos públicos– o respeito aos princípios da administração pública, tais como legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, com transparência nos atos públicos e controle social, deve ser garantido;
- Participação e controle social – o debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas devem

ser garantidos e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas (BRASIL,2006, p.7-8).

O ano de 2004 representou um marco para a luta das mulheres não apenas pela realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (CNPM), mas também por ter sido decretado, pelo Presidente da República, como Ano da Mulher (Oliveira, 2016).

Por meio da Lei n.º 10.745, sancionada pelo então presidente Lula, estabeleceu-se que o Poder Público promoveria, em 2004, programas e atividades para a divulgação e a comemoração das conquistas femininas, problematizando, em conjunto com a sociedade civil, a inserção da mulher na sociedade brasileira (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

Três anos seguintes, em agosto de 2007, em Brasília, acontece a II Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, num formato semelhante à I Conferência. Nesta edição, a temática central era a discussão sobre a Participação das Mulheres no Espaço de Poder, além de fazer um balanço do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, publicado em 2004. O momento da II Conferência foi, segundo nossa análise, singular, pois possibilitou uma avaliação do PNPM por parte dos movimentos de mulheres que, de algum modo, se organizam para interferir nas ações do governo (Oliveira, 2016).

Sobre os desafios da institucionalidade e das políticas públicas para Mulheres destaca Brasil (2010):

A articulação e a efetividade das políticas públicas para as mulheres somente será realizada se houver a institucionalização, nos estados e nos municípios, de instâncias governamentais – secretarias, coordenadorias de políticas para as mulheres capazes de realizar essas políticas, visando diminuir as desigualdades entre homens e mulheres. (BRASIL, 2010)

Entre os anos de 2011 e 2016, período do governo da primeira mulher presente da república, Dilma Rousseff, o país passou por significativas transformações pela noção de oportunidades políticas para as mulheres, liderado por meio de movimentos que estabeleceram diálogo com o Estado na perspectiva de que as reivindicações das mulheres fossem consolidadas, ouvidas e atendidas. Dentre esses movimentos podemos destacar os protestos e ações diretas através da Marcha das Margaridas, que foi reconhecida como a maior mobilização, no Brasil, de trabalhadoras rurais do campo, da floresta e das águas, sendo resultado de uma ampla mobilização nacional, com inúmeros eventos nas diversas regiões do

país (Aguiar, 2017; Pereira, Da Silva Oliveira, Gomes, 2018) Tais mulheres visavam denunciar as condições de vida adversas do mundo rural, permeada pela desigualdade de gênero, as violências por elas sofridas; além de outros temas de cunho social, econômico e cultural; e a marcha das mulheres negras, movimento que ocorreu em 2015 na luta contra o racismo, a violência e pelo bem viver (Cavalcanti, De Lima, 2016; Campos, Brasil, 2017). Como consequência dessas lutas os principais logros foram “a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Lei Maria da Penha, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o Programa Pró-Equidade de Gênero, a Política e o Pacto Nacional Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, entre outros programas e políticas que estão articulados entre ministérios” (Zanatta, 2016).

Após o afastamento da presidente em 14 de maio de 2016, o presidente interino Michel Temer extingue a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), incorporando-a ao Ministério da Justiça e ligando-a a uma área técnica, seguido da nomeação de apenas homens para o alto escalão ministerial. (Zanatta, 2016). Para além de ter sido um movimento visando interromper um processo de mudanças sociais no Brasil, tem um componente forte de discriminação de gênero. Sobre as ameaças à democracia afirma Rubin (2018):

A democracia no Brasil retrocedeu terrivelmente. A Constituição passou a ser sistematicamente violada. O governo Temer, com sua base aliada, tem adotado medidas que impactam diretamente a vida dos que mais precisam da proteção do Estado. Congelou por 20 anos as verbas da educação e da saúde pública além de outras áreas sociais; impôs a Lei da Terceirização indiscriminada; fez a Reforma Trabalhista que, entre outros absurdos, permite que mulheres grávidas e lactantes trabalhem em locais insalubres, mediante autorização médica (...)

Os anos seguintes são marcados pela era da antipolítica Bolsonaroista que de acordo com Avritz (2021) implicaria em três ações que cerceariam ainda mais os direitos conquistados.

A Antipolítica proposta pelo presidente implica em três tipos de ações conjugadas: em um primeiro campo destrói-se estruturas existentes do Estado brasileiro nas áreas de educação, meio ambiente e direitos humanos, sob o argumento de que elas incentivam uma política progressista de esquerda; em um segundo âmbito, desmantela-se a política pública de saúde durante a pandemia, que, se exitosa, corria o risco de reabilitar a política e um centro político e; em uma terceira linha, intimidam-se os demais poderes de modo que a antipolítica não seja interrompida por decisões legislativas ou judiciais quando buscam impor limites à política da destruição (Avritz, 2021)

Diante de todos os desafios que se estabelecem nos dias de hoje, surge a necessidade de o país avançar em uma reconstrução da democracia, retomar a mobilização e participação popular pela reconquista de direitos, e sobretudo trazer de volta políticas públicas que tiveram êxito e seguir na elaboração e implementação de outras que venham a beneficiar o povo brasileiro e, aqui, destaco uma parcela importante dessa população que são as mulheres.

### **2.3. A ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO PERSPECTIVA DE INCLUSÃO PELO TRABALHO.**

O trabalho é essencial para a humanidade desde o surgimento da espécie humana. Na pré-história, período compreendido de 600.000 a 10.000 anos a.C., inventava-se o que era possível com diversos instrumentos. O período de 70.000 a 30.000 anos atrás testemunhou lâmpadas a óleo, arcos e flechas e agulhas (para costurar roupas quentes) objetos de arte e joalheria, religião, comércio e estratificação social. Há doze mil anos, o trabalho passou a ser caracterizado pela domesticação de animais, construção de assentamentos permanentes e cultivo de plantas. Os povos caçadores – coletadores são os mais conhecedores e habilidosos da história. Essa atividade chamada trabalho é que nos garantiu a sobrevivência e a preservação de nossa espécie (Harari, 2015).

É importante ressaltar que, para qualquer contexto histórico, o que distingue o trabalho humano do trabalho dos outros seres vivos é a sua intencionalidade e o que o determina é sempre a sua necessidade. Quando o ser humano satisfaz uma necessidade por meio do trabalho ele passa a ser um ser enriquecido por essa satisfação e não retorna à condição anterior (Silva,2022).

(...) quando falamos de trabalho nos referimos a uma atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e que se distingue de qualquer outro tipo de prática animal por sua natureza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental e moral. (Coutinho, 2009, p. 191)

Karl Marx, no livro *A Ideologia Alemã*, apontou o trabalho como primeiro ato histórico do homem e este adquiriu centralidade nas formas de organização social.

O trabalho constitui-se para a humanidade como a mediação necessária entre o homem e a natureza, independente das formas de organização social e econômica, pois através do mesmo, saciamos as necessidades mais básicas da vida humana como beber, criar, comer e vestir (Marx, 1986).

Pode-se dividir a história do trabalho mediante modo de produção que o ser humano desenvolveu através do tempo, que são os chamados regimes de trabalho. Aqui, não se pretende percorrer a multiplicidade dos conceitos porque seria uma tarefa impossível. No entanto, o que interessa a este estudo é relatar que o conceito de trabalho é diverso e pode ter ou não recompensas ao ser realizado. No contexto da saúde mental, o trabalho é visto como garantia dos direitos de cidadania. Amarante e Belloni (2014), ao apontarem o estado democrático de direitos, enfatizam a importância de assegurar que toda atividade profissional desenvolvida por usuários de serviços de saúde mental gere ganhos econômicos, viabilizando, assim, trocas sociais e cidadãs. Sobre essa ótica pode-se aferir o conceito de Economia Solidária por Singer (2002):

A economia solidária pode ser definida como outro modo de produção, no qual os princípios básicos são a propriedade coletiva do capital e o direito à liberdade de cada indivíduo. Tais princípios permitem a união das pessoas que produzem em uma única classe de trabalhadores, que são detentores por igual do capital nas cooperativas ou sociedade econômica (Singer, 2002).

Dessa forma, é possível verificar que:

Trata-se de uma forma diferente de produzir, comercializar, trocar e comprar o que é necessário para a sobrevivência, contrapondo-se, assim, ao modo de produção capitalista. (BRASIL, 2007)

No decorrer do desenvolvimento da proposta de inclusão social pelo trabalho, o movimento da Economia Solidária se colocou como parceiro da saúde mental na proposição de trabalhos inclusivos para a população excluída socialmente (Alcântara, 2007).

Isso se deve, principalmente, ao fato de que os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária compartilham princípios fundamentais quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade (BRASIL, 2005b, p.37).

Para Martins (2008), a Saúde Mental e a Economia Solidária estão unidas pela Reabilitação Psicossocial e Econômica dos usuários de serviços de saúde mental, objetivando, por meio desta parceria, a criação de políticas públicas que viabilizem a inclusão social e a efetiva participação destes usuários em atividades de geração de trabalho e renda.

De acordo com Mazaro, Matsukura e Lussi (2020), em 2003, foi instituída a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), no Ministério do Trabalho e Emprego, com a

finalidade de viabilizar e coordenar as atividades de apoio à Economia Solidária em todo o território nacional. Juntamente à sua criação, surgiu a proposta de realizar um levantamento das informações e a criação de um banco de dados nacional sobre a economia solidária.

Se tentarmos visualizar o cenário do nordeste brasileiro, é fácil perceber que a região se encontra em desvantagem social quando nos referimos ao estabelecimento de iniciativas empreendedoras. Sobre essa questão, Carneiro, Mende e Lopes (2016), apontam que as pessoas que moram no Nordeste brasileiro sofrem profundamente com a economia capitalista, cujo objetivo é a obtenção de lucro. Há uma distinção injusta para poucos, o que gera extensa desigualdade socioeconômica. É nítida a procura por alternativas que incorporem a população excluída e ofereçam oportunidade de sobrevivência. Nessa busca, a Economia Solidária se apresenta como uma alternativa possível e os resultados do presente estudo reforçam tais considerações.

Outro fator bastante interessante de ser refletido é a respeito da participação feminina na Economia Solidária que, segundo Mazaro, Matsukura e Lussi (2020), deu-se quando da tomada de consciência acerca da invisibilidade, da exclusão e da falta de reconhecimento do protagonismo das mulheres. A presença de mulheres e, por conseguinte, o trabalho que elas realizam, se comparado ao dos homens, torna-se muito maior, porém, quando tomado por parâmetro as questões de gêneros e de trabalho formal, existe uma hipótese de que a sociedade brasileira continua sendo machista e que o homem é quem responde em termos documentais referentes ao mapeamento nacional dos Empreendimentos de Economia Solidária (EES) e, não, as mulheres.

Um terceiro aspecto a ser destacado se refere ao exercício da cidadania como pilar estruturante dentro dos princípios da Economia Solidária e que tem relação também com a saúde mental. Sobre isso, Saraceno (1999) refere que a conquista da cidadania se dá pela articulação das possibilidades de morar, de trabalhar e de conviver numa relação dinâmica denominada Reabilitação Psicossocial.

Mesmo diante dos grandes desafios estruturais, como, também, do estigma que ainda acompanha os usuários da Atenção Psicossocial, quando nos referimos à questão da inclusão social pelo trabalho, a Economia Solidária tem apontado como uma das alternativas que despontam na inserção dos pacientes em sofrimento psíquico em programas de geração de trabalho e renda.

Num cotidiano repleto de desafios para gerar trabalho com valor social e também econômico aos usuários, o encontro com o movimento e as políticas de economia solidária vem viabilizando conquistas e avanços aos projetos de inclusão social pelo trabalho. (Pinho, 2015, p.59)

Tendo como pressuposto o modelo cooperativista e associativista, a Economia Solidária preza por diminuir o estigma e acolher diferenças, assumindo um modo de produção que enfraquece o modo capitalista e fortalece princípios da solidariedade e cooperação. Desse modo, para que ela se sustente, faz-se necessário a garantia das políticas públicas que assegurem a continuidade de suas ações através, principalmente, de seu financiamento, gerando formas de auto-organização e produção coletiva em vista da inclusão social pelo trabalho.

No trabalho que se segue, pretende-se refletir sobre a questão da importância da Economia Solidária para inserir mulheres sertanejas em um contexto de inserção pelo trabalho como forma delas autogerir-se, produzir cidadania e protagonismo.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **TEMA**

O Sofrimento Psíquico de Mulheres Sertanejas.

#### **DELIMITAÇÃO DO TEMA**

O Sofrimento Psíquico de Mulheres Sertanejas usuárias do CAPS de Quixadá-CE

#### **PERGUNTA DA PESQUISA**

A amplitude das questões que envolvem o sofrimento psíquico e, aqui, venho fazer um recorte – o sofrimento psíquico em mulheres sertanejas usuárias do CAPS GERAL de Quixadá-CE – levaram ao questionamento de como nós, técnicos da Atenção Psicossocial compreendemos o sofrimento psíquico da mulher sertaneja? Poderão existir novas práticas que venham responder às demandas atuais?

## HIPÓTESES

- A demanda de sofrimento apresentada pelas mulheres possui razões outras que vão para além das questões biológicas clássicas.
- O sofrimento psíquico que as mulheres usuárias do CAPS Geral de Quixadá apresentam, não estão sendo superados apenas com uso de fármacos e, por isso, o serviço necessita superar a ideia de apresentar como única estratégia terapêutica o modelo médico-psicológico.

### 3.1. DESENHO GERAL DA PESQUISA

A fim de realizar uma análise mais ampla sobre o Sofrimento Psíquico de Mulheres Sertanejas que utilizam o serviço de saúde mental do Município de Quixadá, elegeu-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório com triangulação de dois métodos: a pesquisa-ação, pois pretende-se enfatizar a valorização dos conteúdos, discursos e significados da experiência que se pretende analisar e favorecer o surgimento dos processos subjetivos envolvidos; como também, a análise de conteúdo. “O método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (Minayo, 2008, p.57).

### 3.2. CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o Município de Quixadá-CE, uma cidade situada no interior do estado do Ceará, distante 168 km da capital, Fortaleza. Pertence à macrorregião do Sertão Central no Estado do Ceará, que é constituída por 21 municípios. É a maior cidade do Sertão central. Sua população, segundo dados do IBGE de 2022, é de 84.168 habitantes é predominantemente urbana e feminina. No que diz respeito à Atenção Básica, registra-se que, em 1994, o município implantou oficialmente o Programa Saúde da Família. O PSF tornou-se, então, um dispositivo da Reforma Sanitária. Um ano antes, em 1993, foi implantado o CAPS que constituiu um dispositivo da reforma psiquiátrica. Atualmente, conta com 22

equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 03 equipes de NASF e 02 CAPS, sendo 01 CAPS tipo II e outro CAPS AD. O CAPS de Quixadá é um serviço de atenção especializada à saúde que foi inaugurado sob a influência das discussões da Reforma Sanitária, onde se discutia a construção da reformulação do modelo assistencial, até então voltado para a doença e hospitalização. Teve como objetivo prioritário o enfrentamento das psicoses e redução das internações em hospitais psiquiátricos.

Embora não existindo hospital psiquiátrico em Quixadá, os pacientes em sofrimento psíquico eram transferidos para manicômios em Fortaleza. Segundo registros do próprio serviço, no ano de implantação do CAPS, eram encaminhados cerca de 100 pacientes/ano. No que se refere ao Ensino Superior, Quixadá destaca-se por ser um polo universitário onde conta com a Faculdade de Educação Ciências e Letras do Sertão Central - FECLESC, Unidade da Universidade Estadual do Ceará; um *campus* Sertão Central da Universidade Federal do Ceará e do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará; dois *campi* da Universidade Católica Rainha do Sertão - UNICATÓLICA; um *campus* da Faculdade Cisne; um *campus* da Faculdade Dom Adélio Tomazin – FADAT e um *campus* da Faculdade Estácio de Sá.

### **3.3. PROCEDIMENTOS DE ESTUDO**

#### **3.3.1. Levantamento Bibliográfico**

- Levantamento e revisão de literatura utilizando os descritores Centro de Atenção Psicossocial, Sofrimento Psíquico, Economia Solidária, Gênero e Mulheres nos bancos de dados Lilacs, Scielo, Scholar Google e portal de periódicos da UFSCar.

- Levantamento e revisão do perfil populacional da mulher no Brasil desde a chegada dos colonizadores.

- Levantamento e revisão das Políticas Públicas voltadas para mulheres no país.

- Levantamento e revisão da produção bibliográfica existente sobre a Economia Solidária e a inclusão pelo trabalho.

### **3.3.2. Seleção das participantes do projeto através do acolhimento (triagem) realizada por todos os profissionais do serviço do CAPS.**

Para que esta proposta acontecesse de fato, a pesquisadora reuniu os profissionais do serviço e apresentou de forma objetiva o projeto para coleta dos dados, sendo que a intenção era que todos pudessem identificar quais seriam as participantes do grupo e, por conseguinte, encaminhá-las à pesquisadora para uma “seleção”. Os critérios apresentados para escolha serão o que apresentaremos a seguir neste estudo na sessão 3.7.2 (critérios de inclusão). Aqui, é importante destacar que o projeto foi inicialmente acolhido pela equipe e os encaminhamentos foram realizados conforme solicitados.

### **3.3.3. Participação do Grupo Terapêutico – Ateliê do Sentido.**

Este instrumento da pesquisa foi realizado em quatro encontros semanais que ocorreram de setembro a outubro de 2022. As falas no grupo foram gravadas (conforme autorização prévia das participantes) e, posteriormente, transcritas.

#### Experiência com atividade de autoexpressão com argila.

A proposta desta atividade seria no intuito de favorecer às mulheres desenvolver um “trabalho” de forma colaborativa, criativa, que despertasse habilidades e as aproximasse, de alguma forma da Economia Solidária, já que, no momento da pesquisa, não foi possível inseri-las nessa experiência, uma vez que não havia nenhuma na cidade.

### **3.3.4- Escrita da Dissertação**

Esta última etapa ocorreu em dois momentos: antes da coleta quando foi realizada a pesquisa da fundamentação teórica e após a coleta dos dados quando ocorreu o processo de reunir todos os relatos e sistematizá-los na forma escrita da dissertação.

### **3.4. CRITÉRIOS**

#### **3.4.1. Critério de Inclusão**

Este estudo teve como proposta convidar mulheres nordestinas sertanejas, que moram na cidade de Quixadá-CE, usuárias do serviço de CAPS II, a participar de encontros em um grupo específico para a coleta de dados da pesquisa, no qual tinha como pretensão, a partir de uma reflexão voltada para a perspectiva de gênero, identificar a relação entre fatores determinantes sociais com o sofrimento psíquico da mulher sertaneja, considerando a perspectiva da articulação de renda e ocupação como também de fatores culturais e sociais e, assim, propor ações que possam contribuir para modificar a realidade dessas usuárias. Foram incluídas como participantes da pesquisa doze mulheres sertanejas, residentes da zona urbana e da zona rural do município. Essas mesmas tinham faixa etária entre 20 a 59 anos, gênero feminino, apresentavam queixas de sofrimento psíquico e eram usuárias do serviço de Atenção Psicossocial.

#### **3.4.2. Critério de Exclusão**

Foram excluídas participantes que apresentassem quadros psicopatológicos mais severos tais como esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, cujo nível de consciência ou estado de humor pudessem comprometer a participação nas atividades desse grupo.

### **3.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

Durante a operacionalização do projeto foi utilizada a *roda de conversa*. Segundo Costa, Filho, Medeiros e Silva (2015): “as *rodas de conversa* surgem como um espaço de escuta cuidadosa, que produzem o desenvolvimento de capacidade individual e coletiva. Além disso, também é considerada uma intervenção comunitária designada por um método que possibilita a discussão, expressão de desejos e desabafos, tendo como resultado as trocas e o aprendizado” (2015, p.32). Em suma, teve-se em vista favorecer a participação coletiva e debate acerca da temática do sofrimento psíquico gerando autoexpressão e troca de experiências. O grupo foi intitulado como Ateliê do Sentido, pela pesquisadora, pelo motivo

de que no serviço de Atenção Psicossocial de Quixadá, existe o costume de identificar os grupos pelo nome, como também, para significar um espaço subjetivo de construção coletiva.

#### Texto Disparador

Com base nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem aplicadas dentro do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (PPGGC), foi utilizado um texto disparador que teve por pretensão gerar a problematização do tema entre as participantes. O texto, por sua vez, tinha aspectos de cunho religioso e com fundamentos de auto-ajuda, sendo escolhido previamente pela pesquisadora após observar durante o período de seleção das participantes que estas faziam uso de textos desse gênero em seu cotidiano para aliviar o estresse ou fazer compartilhamento em grupos de redes sociais.

#### Vídeo

O recurso de vídeo utilizado no período da coleta dos dados, no segundo encontro, teve por intenção funcionar como outro disparador do encontro. Foi extraído do Youtube e encontra-se no anexo 2. O vídeo retrata a história da jovem capixaba Maria Ortz (1603), que utilizou sua grande capacidade de liderança para reunir pessoas que não participavam das forças oficiais e organizar um reforço da defesa contra os holandeses que oprimiam o seu povo.

#### Experiência com argila

Tendo em vista conduzir as participantes a uma experiência primeira de cooperação em atividades de oficina com argila, técnica muito utilizada dentro do *setting* de Terapia Ocupacional nos espaços de CAPS, utilizou-se esse recurso para auxiliar na coleta e posteriormente análise dos dados. A experiência foi registrada por meio de foto que se encontra no anexo 3.

#### Roteiro da Pesquisa

O roteiro de pesquisa foi desenvolvido pela própria pesquisadora, para seu uso exclusivo no presente estudo, com objetivo de nortear o referente pesquisador no momento da coleta de dados (apêndice A).

#### Gravador de Voz

Em todos os encontros, foi utilizado o recurso de gravador de voz contido no *smartphone* da pesquisadora com objetivo de registrar as falas das participantes e sua posterior transcrição. As gravações foram antecipadamente autorizadas pelas participantes no termo de consentimento livre esclarecido cujo modelo consta no apêndice B.

### 3.6. COLETA DE DADOS

Foram realizados quatro momentos de coleta de dados, tendo seu início em 23 de setembro de 2022 e seu término em 28 de outubro de 2022 com duração de 01 hora.

#### Encontro 1

O primeiro encontro consistiu inicialmente na apresentação do projeto de pesquisa, do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE - e na apresentação individual das participantes para o grupo. Para facilitar o envolvimento das mulheres com a proposta e, por conseguinte, disparar diálogos, foi apresentado um trecho do livro *Leveza Feminina* intitulado como: “Seja teu entulho o teu pedagogo”, da escritora e mestra em Psicologia Ziza Fernandes (anexo 1), proporcionou uma discussão em torno de frases destacadas pelas próprias participantes e que foram importantes para aproximá-las do grupo tendo por objetivo compartilhar experiências pessoais que cada uma foi apresentando no coletivo. As frases foram:

- Lutar contra a ignorância é sempre uma briga perdida.
- Seja o teu entulho o teu pedagogo.
- Eu sou um mapa a ser desbravado.
- Não posso depositar nos outros a obrigação de me fazer feliz.
- O bem-estar da minha vida não pode depender da circunstância onde eu vivo.
- Eu sou uma guerreira e é dentro de mim que mora a decisão poderosa de me conhecer.

#### Encontro 2

O segundo encontro ocorreu em um mesmo formato do primeiro, sendo feito uso de novo disparador, desta vez um vídeo (web série) selecionado pela pesquisadora cujo título era: “Capixabas de Luta”. O vídeo trata da história de Maria Ortiz que segundo relatos da história, nasceu e viveu em Vitória-ES, entre o período de 1580 a 1640, quando os espanhóis tiveram seus domínios estendidos para o Brasil (ver anexo 2). Após a apresentação do vídeo as participantes do grupo foram convidadas a falar o que aquele momento significou, elas por sua vez, destacaram características da protagonista que identificavam como semelhantes as suas e correlacionaram às suas lutas diárias.

### Encontro 3

O terceiro encontro foi, inicialmente, facilitado pelo convidado e profissional arteterapeuta do serviço do CAPS, que por sua vez cantou e tocou no violão a música “Maria, Maria” do autor Milton Nascimento. Logo após essa facilitação, os relatos fluíram de forma espontânea entre as mulheres que a partir do disparador buscaram identificação com a mulher descrita na letra da música.

### Encontro 4

No último encontro, a pesquisadora apresentou de forma oral e sucinta a definição, os princípios básicos e experiências exitosas da Economia Solidária em alguns pontos do Brasil (Sudeste e Sul). Nesse último momento do encontro, como não foi possível inseri-las em uma dinâmica de experiência com as práticas de economia solidária, devido à inexistência de iniciativas no município, propôs-se a vivência de um trabalho de cooperação com oficina de argila (anexo 3). No decorrer da oficina, as participantes revelaram satisfação em manipular a argila, descreveram que a experiência evocava lembranças da infância ou da constituição primeira de “vir do barro”, houve também quem relatasse que tocar o barro trazia sensação de “paz e tranquilidade”. Os artefatos produzidos na oficina apontaram para as lembranças de instrumentos domésticos que faziam parte de seu cotidiano.

A coleta de dados foi pensada em quatro encontros pelo motivo manifestado pelas mulheres, que conforme relato, embora este momento tenha funcionado como espaço terapêutico para elas, haviam alguns obstáculos que dificultavam a realização de mais encontros, dentre eles: a impossibilidade em custear os seus próprios transportes para chegar ao serviço, abandonar as atividades domésticas e de trabalho e, para algumas, a função de cuidadoras de terceiros.

## **3.7. INSTRUMENTO DE INTERPRETAÇÃO**

Compreendendo o objeto da pesquisa como algo dinâmico, partindo de um contexto real, utilizamos como base teórica para análise da pesquisa o método da triangulação entre dois modelos: a Análise de Conteúdo (Bardin) e a Pesquisa Ação Participante. A triangulação segundo Zappellini & Feuerschütte (2015) consiste em uma metodologia de pesquisa que relaciona as formas como os dados são coletados e analisados fazendo combinações de métodos ou técnicas. A seguir, será descrita cada uma para melhor compreensão.

### 3.7.1. Análise de Conteúdo

Uma das principais funções de se utilizar a Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2011) é ter como função de “administração da prova”, que verifica se os achados da análise condizem como verdadeiros ou não. Segundo Bardin (2011, p.15), a Análise do Conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Santos (2012) explica que para a autora a função primordial da análise de conteúdo é o desvendar crítico.

Bardin distribui o conteúdo da obra em quatro partes distintas: i) história e teoria (perspectiva histórica); ii) parte prática (análises de entrevistas, de comunicação de massa, de questões abertas e de testes); iii) métodos de análise (organização, codificação, categorização, inferência e informatização das análises) e iv) técnicas de análise (análise categorial, de avaliação, de enunciação, proposicional do discurso, de expressão e das relações) (Santos, 2012, p. 383).

Referente ao presente estudo com os dados colhidos sobre os relatos, durante a realização da oficina e seus produtos, tornou-se possível dividir em categorias as informações importantes sobre as falas das mulheres, tendo por intenção, agrupar unidades de registro e contexto a partir de características em comuns. Neste momento da pesquisa, a análise de conteúdo teve seu momento importante quando associado aos relatos, sendo possível fazer um paralelo sobre o que se pretendia investigar durante os encontros (quais seus núcleos de sentidos) e diante dos produtos realizar a leitura sob aspectos que sobressaltavam como estruturantes para elas

### 3.7.2 Pesquisa Ação Participante

Para Brandão (1997), a pesquisa-ação pode ser entendida como uma ação que visa a mudanças na realidade concreta com uma participação social efetiva. A pesquisa-ação crítica está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes. Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social. Como consta, também em Rocha (2003), tais experiências caminham no sentido da articulação entre teoria/prática e sujeito/objeto, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se farão na investigação das necessidades e interesses locais, na produção de formas organizativas e de

uma atuação efetiva sobre essa realidade, podendo levar a transformações sociais e políticas, dando às populações excluídas uma presença ativa na História.

A pesquisa-ação, como mostra Tripp (2005), parte de um reconhecimento situacional que produz uma ampla visão do contexto das pessoas envolvidas. Consiste num método participativo coletivo de consequências políticas que funciona com a colaboração e cooperação dos indivíduos.

Para a coleta dos dados foi aplicado o método da pesquisa-ação que conforme Tripp(2005): “pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática”. Sobre o aspecto da prática completa:

Outra característica do relacionamento recíproco entre pesquisa e prática aprimorada é que não apenas se compreende a prática de modo a melhorá-la na pesquisa-ação, mas também se ganha uma melhor compreensão da prática rotineira por meio de sua melhora, de modo que a melhora é o contexto, o meio e a finalidade principal da compreensão (Tripp, 2005, p.450)

A pesquisa-ação pode ser classificada de várias formas a depender dos processos que se pretende investigar sendo eles definidos: pesquisa-ação diagnóstico, pesquisa participante, pesquisa empírica e pesquisa experimental (Chein, Cook e Harding, 1948). Para este estudo utilizaremos a pesquisa-ação participante que apresenta em seus pressupostos perceber o modo como as pessoas se envolvem e participam melhor do processo da pesquisa. Os participantes tornam-se cooperadores do processo quando concordam participar da pesquisa (Tripp, 2005, p.454).

Pela fundamentação acima referida houve a intenção de direcionar a pesquisa dentro dessa perspectiva onde as mulheres sertanejas a partir de um olhar voltado para sua realidade e sob proposta da reflexão fossem encorajadas, de forma coletiva, a tomar como princípios o protagonismo e autonomia pelo curso de suas vidas.

### **3.8. ASPECTOS ÉTICOS**

Desde o momento inicial, o trabalho foi pensado com base no respeito aos princípios éticos da pesquisa, buscando a devida atenção aos critérios para adequação do mesmo ao que estabelece o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - órgão que protege o bem-estar dos

participantes e respeita os parâmetros éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Comitê de Ética em Saúde (BRASIL, 2012), a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e suas complementares. Foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sendo cadastrado e submetido a Plataforma Brasil obtendo parecer aprovado com o parecer de número 5.526.318 e as identidades dos participantes serão mantidas sob sigilo, como forma de garantir a integridade de todos, inclusive os seus nomes foram substituídos por outros fictícios. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e aceitaram ingressar em um aplicativo de envio de mensagens enquanto a pesquisa estivesse sendo realizada, o objetivo deste seria para facilitar o repasse das informações pertinentes ao grupo, como também como meio de propor a interação inicial entre elas.

### **3.8.1 Riscos**

Acreditamos que, ao participar da pesquisa, poderiam ocorrer desconfortos, como sentir-se incomodado ou desconfortável em responder alguma pergunta. No início da pesquisa, constava no TCLE a informação de que caso o indivíduo desejasse, poderia interromper o preenchimento em qualquer fase da pesquisa. A pesquisadora, na qualidade de trabalhadora também do campo da Atenção Psicossocial, deixou todos os contatos para que os sujeitos da pesquisa buscassem suporte caso sentissem necessidade, mas, não houve nenhuma manifestação neste sentido.

### **3.8.2 Benefícios**

Os benefícios indiretos envolvem a contribuição para um diagnóstico institucional que possa subsidiar a construção de projetos terapêuticos direcionados ao público feminino que vão para além do modelo médico-centrado e que impactem na saúde mental das mulheres sertanejas. No que tange aos benefícios diretos, as participantes relataram que participar das oficinas teve efeito terapêutico.

### 3.9. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E CATEGORIAS

Para manter o sigilo e privacidade, o nome das mulheres foram substituídos por nomes de flores. Nas etapas de coleta de dados e interpretação dos resultados, foram utilizadas a estratégia de triangulação entre dois métodos, como já citado anteriormente, para que possamos obter uma melhor compreensão dos significados.

O propósito de apresentar alguns indicadores abaixo nessa amostra da população de mulheres usuárias do serviço de saúde mental é para, não apenas caracterizar a população em estudo, mas também gerar reflexão crítica e análise sobre sua forma de vida, perfil demográfico e socioeconômico.

Participantes	Idade	Estado Civil	Domicílio	Ocupação
1- Rosa	48 anos	Casada	Zona Rural	Dona de casa
2- Violeta	37 anos	Divorciada	Zona Urbana	Autônoma
3-Dália	59 anos	Solteira	Zona Urbana	Desempregada
4- Lis	31 anos	Solteira	Zona Urbana	Vendedora
5- Margarida	23 anos	Solteira	Zona Rural	Manicure
6- Jasmin	26 anos	Solteira	Zona Rural	Empregada Doméstica
7- Açucena	30 anos	Separada	Zona Urbana	Autônoma
8- Flora	20 anos	Solteira	Zona Rural	Estudante
9- Camélia	20 anos	Casada	Zona Rural	Dona de Casa
10- Angélica	33 anos	Solteira	Zona Urbana	Técnica de Enfermagem
11- Hortência	56 anos	Casada	Zona Urbana	Dona de Casa
12- Marcela	26 anos	Casada	Zona Rural	Dona de Casa

**Figura 1:** Perfil das participantes (os nomes são fictícios para resguardar a privacidade das mulheres)

Na observação do quadro (figura 1) evidenciam-se características importantes que foram observadas nas características dessas mulheres e que torna-se possível levantar algumas reflexões: são mulheres consideravelmente jovens, em sua maioria; das 12 participantes 06 são solteiras; também 06 delas possuem domicílio na zona urbana e 06 na zona rural do município; referente a ocupação, observou-se que das 04 donas de casa; 03 vivem na zona rural e a única desempregada mora na zona urbana.

### 3.9.1- Descrição dos perfis

Um dos critérios para inclusão da pesquisa era que as mulheres tivessem entre 20 a 59 anos (como citado no critério de inclusão), motivo pelo qual pretendia-se investigar sobre o que a pesquisadora já havia anteriormente observado em sua prática profissional - a maior frequência de mulheres nessa faixa etária buscando o serviço. Como no CAPS ainda não existem fontes estatísticas em um banco de dados, acreditou-se que desta forma fosse possível chegar a um dado objetivo. E isso foi evidenciado quando grande parte das mulheres que participaram da pesquisa tinham menos de 50 anos de idade, ou seja, mulheres consideravelmente jovens. Outro dado é que metade das participantes eram solteiras, metade tinha residência na zona urbana e a outra metade na zona rural, Outro fator que se tornou relevante foi que grande parte das mulheres que exercem trabalhos domésticos estão na zona rural. Uma interessante constatação mostra-se no dado de que mesmo sendo usuárias do serviço de Atenção Psicossocial, as mulheres desenvolvem atividades diversas e mantêm-se ativas dentro e fora de casa e, por último, que o desemprego se tornou uma realidade não só da zona rural, mas, também, da zona urbana.

### 3.9.2. Categorias

Para efeitos da análise e como sugere Bardan (2011), o conteúdo é colocado em forma de categorias a fim de tentar extrair os significados. Assim explica Santos (2012):

(...) define descrição analítica apresentando as prováveis aplicações da análise de conteúdo como um método de categorias que permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas. Segundo a autora, uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ao contrário, ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação. (Santos, 2012, p. 384)

A utilização desse método apresenta-se na etapa do instrumento de interpretação dos dados, após a coleta. Seu principal papel aqui é, conforme Bardan (2011), desempenhar a função heurística, objetivando sua análise e exploração dos dados. De forma prática, o método se utiliza dos critérios de categorização, que segundo a autora classifica e agrega os resultados. O resultado consiste em interpretar os dados, o pesquisador retorna ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação.

As categorias que serão apresentadas a seguir estão dispostas no quadro como aponta a **figura 2**.

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

As discussões sobre a análise das categorias que será apresentada a seguir mostrará, de forma crítica, a mediação dos dados locais com a base teórica escolhida que se elegeu por fundamento para interpretação.

#### **4. RESULTADOS E ANÁLISE**

Antes de iniciar a análise sobre os conteúdos e para melhor compreensão sobre o sujeito de estudo desta pesquisa, a mulher sertaneja nordestina, a pesquisadora descreve a seguir, o perfil das participantes para que, de forma mais nítida, possa ser apresentado como essas mulheres se mostraram a partir das percepções extraídas dos encontros.

##### **4. 1. IDENTIFICANDO O PERFIL DA MULHER NORDESTINA SERTANEJA**

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

Em relação a amostra da pesquisa, no que se refere ao estado civil, notou-se que metade das participantes eram solteiras e mesmo essas não tendo as mesmas “obrigações” das mulheres casadas, apresentavam outros fatores que apontavam como causadores do sofrimento psíquico. Acredita-se que muitos desses fatores podem estar relacionados à

expectativas sociais e pressão familiar, dificuldades financeiras ou estereótipos de gênero (solteirice). Os relatos a seguir evidenciam essas condições:

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

Noutro relato também é possível observar:

“O meu caso e o caso dela já são aquelas guerreiras que lutam as lutas de outras pessoas. No meu caso, também é minha mãe. Quem cuida é eu e meu pai, a gente se revesa. E é como ela diz, a gente tem que ser uma pessoa só de manhã até a noite, porque se a gente baixar o nível, eles baixam o nível. Se a gente levantar eles levantam. E a gente pensa assim: Não, hoje vai melhorar, mas não tem.... É aquela coisa, a gente luta sabendo que vai ter que lutar até o fim. Mas não tem fim, só quando realmente eles morrerem, e a gente não pode abandonar. (...)A gente tem que fazer, não tem opção. Tem que aguentar, tem que fazer. A gente vive a vida deles, a gente não vive a vida da gente” (Lis).

Tomar para si um papel que não seria o escolhido ou almejado parece ser uma realidade para as mulheres solteiras. Embora se tenha vasta literatura a respeito da sobrecarga experimentada na vida da mulher casada, sobre a mulher solteira não se tem muitos dados. Nesta pesquisa o que se verificou é que as mulheres solteiras também referiam causas de sofrimento pela posição que assumiam dentro de suas casas, posição essas que não foram escolhidas, mas impostas por outros ou pelos costumes familiares e este fato se revela não apenas no momento atual de suas vidas, mas é uma reprodução da vida de outras mulheres que lhes antecederam. Conforme a cultura o papel do cuidado parece ser uma herança também para a mulher que não “constituiu família”, independente se ela teria algum outro projeto e o medo de romper com essas tradições parece-lhes difícil, pode lhes custar um preço alto e assumir essa responsabilidade sozinha, pois mesmo havendo outros membros da família que poderiam compartilhar esses cuidados, elas assumem de forma solo essa obrigação que se revelaram como causas de adoecimento. Sobre isto fica evidente e corrobora quando escreve Tavares (2008):

As mulheres, educadas por suas mães para serem iguais a elas, donas de casa zelosas e altruístas, esposas e mães devotadas, ao se rebelarem contra os papéis tradicionais e desejarem realização pessoal e profissional, são consumidas pela culpa, traidoras que negam os ensinamentos maternos e, por extensão, apontam o quanto as mães estão erradas (Tavares, 2008, p. 54).

Fala-se muito de violência contra a mulher, todavia quando o assunto é abordado, mostra-se que existem muitas formas de violência e na maioria das vezes somente uma forma dela é destacada, no caso a violência física, contudo existem outros tipos de violência a qual a mulher está exposta, dentre elas a violência velada, aquela que acaba acontecendo de forma não explícita, discreta, dentro de casa, em ambientes de trabalho ou lugares que, via de regra, deveriam ser “seguros”. É compreensível que, a depender do contexto de onde se vive, essa forma de violência pode se apresentar de várias maneiras. Sobre isto, refere Alves (2014), quando descreve:

Apesar da presença comum do fator predominante – a desigualdade de poder nas relações de gênero - cada situação tem uma dinâmica própria, relacionada com os contextos específicos e as histórias de vida de seus protagonistas. Por isso, na análise e compreensão da violência contra a mulher é fundamental levar em conta esses aspectos universais e particulares de forma a apreender a diversidade do fenômeno (Alves, 2014, p.184-185).

O que vem chamar atenção nos relatos é que mesmo havendo a consciência do sofrimento causado pelas circunstâncias impostas, elas permanecem “presas” a essas condições em uma espécie de conformismo adoecedor sem vislumbrarem nenhuma perspectiva de transformação de suas vidas. Em se tratando de sofrimento psíquico, foi verificado na pesquisa, que tanto as mulheres da zona urbana quanto da zona rural manifestaram alguma forma de sofrimento, no entanto, sabe-se que quando as condições locais não são favoráveis, esse dado pode tomar proporções maiores. Tomando por base a literatura (Furtado, 2008), percebe-se que existe relação entre o sofrimento psíquico com alguns contextos específicos dentre eles: condições de vida, gênero, fatores socioeconômicos (escolaridade-rendimento-ocupação), papéis tradicionais aliados a fatores sociais e contextos socioculturais que contribuem para a manifestação desse fenômeno.

Outra percepção revelada pela pesquisa é que grande parte das mulheres, as quais exerciam trabalhos domésticos, residiam na zona rural e sobre isso veio a reflexão se este dado não poderia estar relacionado a uma tradição familiar antiga, na qual as meninas fossem educadas desde muito cedo para exercerem trabalhos domésticos e auxiliarem suas mães, comportamento não tão observado em meninos principalmente da zona rural e também bem menos em mulheres da zona urbana.

(...) Ao longo da vida, meninas sofrem um processo de socialização que as prepara para a desvantagem, com menores expectativas de escolarização e profissionalização

do que os meninos. (...) mesmo para as condições de vida na zona rural e naquelas regiões que chamo as franjas do rural-urbano, o trabalho doméstico é referencial importante na socialização das meninas (Whitaker, 2002, p.8).

O que a autora acima traz referente ao tema trata-se de que o comportamento observado em mulheres dizem muito sobre a forma como foram “criadas” desde a infância, quando ainda meninas, sofreram uma espécie de “programação especial” para que ao longo da vida se dedicassem de forma prioritária ao trabalho doméstico. A sociedade é estruturada mediante um sistema onde os indivíduos sofrem várias influências, sobretudo no que se referem ao comportamento, personalidades, gostos e escolhas. Ela mesma vai moldando os sujeitos de forma que eles se reconheçam dentro de papéis, modos de vida, gênero que por conseguinte vai incorporando padrões, criando estigmas, repercutindo de forma diferente na vida de cada um. Para Louro (1997, p.24) a regra que a sociedade apresenta é: “Através do aprendizado de papéis, cada um/a deveria conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou para uma mulher numa determinada sociedade, e responder a essas expectativas”. Quando olhamos para a constituição dos lares de mulheres sertanejas percebemos o quanto essas concepções e papéis encontram-se arraigados, existem expectativas do que cabe ao papel dos homens e ao papel das mulheres e a depender de como elas se percebem perante esses estereótipos, pode ocorrer a reclusão de um único aspecto social oferecido, impedindo que elas se constituam da forma como desejam sem culpa ou medos. Nesta pesquisa verificou-se que a expectativa social e familiar das quais essas mulheres sofrem não sendo consentidas por elas mesmas, isto pode ser observado nos relatos a seguir:

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

Fica evidente que existem expectativas sobre qual o papel do homem e qual o papel da mulher, perseguir esses ideais revelam como as pessoas e aqui destaco, as mulheres de forma especial, programam suas vidas, supomos que ligações com raízes tradicionais, ainda presentes em pleno século XXI, determinam e enfraquecem o surgimento de novos

fundamentos. Poderíamos intuir que “viver uma vida” que não seria a sua em determinada ocasião poderá vir a ser um estopim em consequência ao seu sofrimento psíquico.

Para todos os problemas referidos até o momento vale a pena abrimos um parêntese para refletir minuciosamente sobre os aspectos que estão envolvidos nessa realidade das mulheres. Sabemos que o trabalho doméstico é historicamente visto como uma obrigação feminina, seja da mãe, da filha mais velha, da solteira, da diarista. De modo geral a falta de empatia pelo trabalho de cuidar e principalmente da sociedade que é marcada pelo patriarcalismo, onde a realidade social ainda é fruto de um passado colonial que delegava às mulheres os trabalhos domésticos e desde então essas mulheres tornavam-se apenas donas de casa, muitas vezes para cuidar dos filhos, do marido, dos idosos, dos deficientes e da casa. O que isto vem mostrar é que existe uma naturalização do cuidado ocasionada pelo machismo estrutural explicado pelo conceito filosófico e social de que o homem é superior a mulher em qualquer relação que possa existir, ideologia esta que vem desde os primórdios da humanidade, mas que se perpetua até hoje. A ideia de atribuir esta forma de trabalho de cuidado apenas para as mulheres possui no fundo relação com a forma de discussão sexista. Para Saffioti (2015) “O sexismo não é somente uma ideologia, reflete, também uma estrutura de poder, cuja distribuição é muito desigual, em detrimento das mulheres”. Alguns autores relatam que quando falamos sobre o papel de cuidador, existe uma cultura bastante sólida sobre a questão da mulher ser a principal ou senão a única pessoa que presta o serviço de cuidado em uma família. Conforme Berg e Woods (2009) existe uma convenção social de que a mulher seja aquela que presta cuidados. Segundo Carvalho, Ribeiro, De Almeida e De Sousa (2008), com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, o que em grande parte implica no trabalho fora de casa, as mulheres passaram a assumir uma dupla jornada de trabalho, sendo responsáveis por seus afazeres formais e informais (cuidados com a casa, os filhos, os pais idosos, os parentes adoentados), contribuindo para a acentuação da sobrecarga. Diante de classes sociais com maior poder aquisitivo, há a contratação de ajudantes (empregadas, babás, assistentes, secretárias, educadoras de creches) para amenizar os impactos desta dupla jornada. Entretanto, estes ajudantes são em sua maioria mulheres – que também exercem uma dupla jornada (Carvalho, Ribeiro, De Almeida, De Sousa, 2008).

Em “Conto Amor” de Clarisse Lispector contido no livro *Laços de Família* (1960), é retratado como a mulher se tornou invisível aos olhos do mundo para se manter restrita apenas ao trabalho do cuidado e sobre a sua falta de sentido na vida por ter sido restrita ao trabalho de

cuidadora. Ampliar nosso olhar sobre a situação, como por exemplo, o aspecto que as mulheres sertanejas não tiveram oportunidades as quais despertassem para outras formas de vida e de ocupação, fato este, pode ter impedido o vislumbrar de novos horizontes que, por conseguinte, favorecesse o desempenho de outros papéis fora do ambiente doméstico e sobretudo no seu território de origem. Aqui revela-se novamente a discussão já bastante apontada sobre a importância de levar em consideração a falta de oportunidades para as mulheres da zona rural que envolvem questões complexas, mas, se de fato forem priorizadas, oferecerão desenvolvimento e oportunidades para elas. A partir de estudos recentes do FGV IBRE divulgado em Outubro (2023) mostrou que as mulheres dedicam até 25 horas por semana a afazeres domésticos de cuidado, enquanto homens dedicam cerca de 11 horas. Será que as dificuldades que a mulher enfrenta para entrar no mercado de trabalho formal é que a leva a esse trabalho doméstico? Será que a falta de condições financeiras para se sustentar a leva uma condição de dependência do homem? Pensar sobre esses aspectos faz também refletir, se o cuidado é essencial, porque não é reconhecido como trabalho remunerado? Essas perguntas poderiam ser um disparador para a realização de novas pesquisas.

Durante a coleta de dados, um fato interessante observado no grupo foi o fato de que mesmo sendo usuárias do serviço de saúde mental, as mulheres sertanejas desenvolvem atividades e mantêm-se ativas dentro e fora de casa. Estudos da década de 70 e 80 já apontavam que o trabalho remunerado teria efeito positivo na saúde mental (Brown e Harris, 1978; Warr e Parry, 1982; Kandel et al., 1985; Aneshensel, 1986; Bartley et al., 1992). Por outro lado, apontam também que se esses papéis assumidos de forma isolada e sobrecarregada podem se transformar em fatores de risco para o sofrimento psíquico. Sobre isto refere Ludermitz (2000):

“A teoria dos papéis sociais propõe duas explicações competitivas: 1) o trabalho remunerado protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo status do trabalho doméstico (role enhancement); 2) o trabalho remunerado causa conflito e sobrecarga de papéis pelas demandas simultâneas da atividade remunerada, do trabalho doméstico, do marido e dos filhos, levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos (role overload) (Ludermitz, 2000 citado por Power et al., 1991; Bartley et al., 1992; Macran, 1993).

O presente estudo não tem a intenção de esgotar o assunto, todavia, pretende-se trazer, de forma sensível, questões como estas que merecem ser aprofundadas a fim de se produzir novos conhecimentos e melhoria na qualidade de vida das mulheres sertanejas.

## 4.2. O LUGAR DA MULHER SERTANEJA NO MUNDO

As mulheres sertanejas dessa pesquisa demonstravam que sua carga era muito pesada, tinham consciência dela, sabiam que lhes foram impostas, mas que pelos fatores: ambiente, cultura, medo, preconceito sentiam-se impotentes para arriscar ser diferentes. De acordo com Andrade (2015), como meio de libertar a mulher da domesticidade e, sobretudo fazer com que tenha tempo para desfrutar dos seus interesses pessoais, profissionais e intelectuais, é fundamental a ressignificação da esfera privada. Para que isso ocorra faz-se necessário compreender que as atividades domésticas fazem parte da vida de cada membro da família, independentemente de gênero, compartilhar de forma adequada e possível as responsabilidades da casa tornaria para elas uma oportunidade de não serem sobrecarregadas e portanto estarem disponíveis para desempenharem outras atividades. Outro aspecto também que contribuiria bastante para que as responsabilidades não recaíssem somente para as mulheres é sobre o fato de que Estado desenvolvesse iniciativas referentes a Políticas Públicas para minimizar os impactos sobre a dupla jornada de trabalho das mulheres através, por exemplo, da implementação de creches e escolas em tempo integral em diversos locais da zona urbana e rural, estas e outras iniciativas diminuiria a sobrecarga laboral do cotidiano feminino. Segundo pesquisadores como Ayres, Calazans, Salleti Filho e França Jr. (2006) existe no contexto atual uma condição chamada de vulnerabilidade e o seu conceito corresponde a um conjunto de aspectos individuais e coletivos que estão relacionados à suscetibilidade dos indivíduos e/ou comunidades ao adoecimento ou agravamento de doenças e, de forma indissociável, menor disponibilidade de recursos à sua proteção. No contexto político e social, direcionar ações voltadas para as necessidades dos indivíduos de forma a atuar diretamente nas comunidades, investigando suas condições e incluindo as pessoas de forma participativa nesse planejamento, poderia ser uma resposta para minimizar esses agravos. Para esses autores existe uma dimensão que deve desenvolver-se em contraponto à chamada vulnerabilidade programática a qual relaciona-se a:

Esse plano está associado ao acesso e a estrutura e organização dos serviços de saúde e a avaliação dos programas a respeitar, promover e proteger os direitos à saúde. Inclui programas direcionados à prevenção e agravos de doenças, assim como a assistência e controle destas. Além disso, refere-se aos recursos sociais, os quais devem ser disponibilizados de forma efetiva e democrática, aos usuários dos serviços que deles necessitam para não terem seus quadros de saúde agravados (Ayres et al., 2012, p 85).

Por sua vez, a mulher nordestina sertaneja deste pesquisa também manifestou outros incômodos como:

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

Dentro de um serviço de saúde mental é muito comum ouvirmos relatos semelhantes a estes e o que parece, quando se trata de mulheres, que este fator bem recorrente tem causado grandes problemas para a saúde mental delas. A exigência marcante da sociedade contemporânea e sobretudo reforçado fortemente nas mídias por um estereótipo físico nos leva a considerar que o corpo feminino é atravessado também pelas questões de gênero (TILIO, 2014). A imagem de um corpo perfeito, dentro dos padrões pré-estabelecidos, transformados pelo consumo de objetos em busca de satisfações geram, na maioria das vezes, angústia devido às pressões para adaptação dos indivíduos aos padrões estéticos (Chauí, 2012). Para Vigarello (2006) , Riscado e Peres (2008), o padrão estético ideal do corpo feminino veiculado pelas mídias na atualidade preza, para plena realização do bem-estar e da felicidade, pela magreza e juventude; todavia, não uma magreza esquelética, mas sim uma magreza tonificada que remete à saúde, havendo uma série infundável de produtos que pretendem atingir esse estereótipo o mais cedo possível na vida da mulher (e da consumidora), ou seja, desde sua infância e adolescência – argumento este de acordo com a tese central do livro de Wolf (1998) ao estabelecer que a (incessante busca pela) beleza feminina não é uma libertação individual, mas sim a uma tática de dominação e opressão de gênero.

Quando se pensa em sobre qual o autêntico lugar da mulher, podemos tomar como referência a análise filosófica de duas autoras como Beauvoir (1949), filósofa francesa que explica a condição da mulher como sendo o Outro; para ela, o outro aqui como uma existência inautêntica, ou seja, um projeto de vida que não é pensado pela própria pessoa, mas um modo de vida que é apresentado a partir de uma outra referência na relação sujeito absoluto (homem) e o outro como objeto que aqui está relacionado à condição da mulher. Esse

pensamento trouxe abertura para um diálogo com outra pensadora, aqui é importante destacar, filósofa brasileira, mulher negra que também amargou muitas dificuldades para enfrentar preconceitos, Djamila Ribeiro, em seu livro “Lugar de Fala” (2019) explica que existe no campo das relações como se estrutura a sociedade, uma pirâmide social que divide os grupos de pessoas entre aqueles que exercem um poder conferido pela própria sociedade e aqueles que apenas se sujeitam. Nessa pirâmide existe uma hierarquia, o homem branco como o sujeito absoluto e que é legitimado como modelo perfeito de ser humano universal. A mulher branca em uma condição de uma cópia imperfeita desse modelo absoluto e por isso inferior a ele; seguido do homem negro que por sua condição de ser homem se encontra com o homem branco, mas assume a condição de ser outro porque é negro e não branco; em uma última localização na pirâmide vem a mulher negra que não se encontra com o homem branco por ser mulher e também pelo outro motivo que é ser negra, por consequência, esta mulher passa a ser o outro do outro. Trazendo agora essa compreensão para a realidade brasileira no pensar as relações, ao se constituir essa categoria do outro, esses movimentos sociais vão se desdobrando e pensar a mulher negra nordestina é percebê-la como “outra da outra” da mulher negra dos grandes centros urbanos do país. Em vista disso, é preciso ter consciência desses movimentos que envolve a sociedade e que por sua vez, interferem nas relações e comportamentos das pessoas.

O estigma é uma marca na qual exclui a pessoa das demais em uma sociedade e este é um desafio que tem ultrapassado séculos, aqui inclui-se a discriminação entre raças, condições relacionadas a saúde psíquica e outras mais. Pessoas que sofrem algum tipo de discriminação são tratadas de forma diferente, sentem-se inferiores, menos merecedoras de oportunidades e isto atrapalha muito às pessoas na busca por sua autonomia e cidadania. Essa reflexão faz muito sentido quando observamos o relato de Jasmin:

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

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

Aí me xingam de doida e eu fico muito sentida. Aí me xingam de besta , burra, aí eu tenho problema de depressão e fico ruim (...)Eu sofri tanto com isso porque eu não tenho atestado de doida, eu nasci perfeita, depois fui passando as coisas e os problemas que veio e eu fiquei assim (Margarida).

Eu olho pra isso e não me sinto doida. Porque eu tomo meus remédios, não sou doida, é porque eu preciso daquela paz. Eu vim aqui uma vez aí que uma menina foi dar uma palestra lá fora, aí ela disse que o CAPS era um canto de tratar pessoas com problemas mesmo. Mas não era só de pessoa que era doido. Como as pessoas têm preconceito! porque eu não sou mais pessoa de brigar com ninguém, eu tenho problema de pressão, meu estudo é pouco, mas eu tenho educação. (Rosa).

Eu me trato aqui há quatro anos, venho sempre no médico e a primeira vez que eu vim aqui, vim desesperada, chorando e passei pelo psicólogo e depois pelo médico que disse que eu tinha depressão. Aí é muito difícil porque meu esposo não acredita nessa doença, as vezes quando eu me sinto pra baixo sem forças pra lutar, ele diz que isso não existe e que eu tenho que reagir. Aí as vezes eu sinto vontade até mesmo de desistir, assim de viver, sem vontade de sair de casa, sem nada só com minha roupa do corpo, porque é muito difícil você saber que você tem um problema e que a pessoa que está do seu lado, que você mais acredita e confia nele. Ele não te apoia? (Marcela).

A ausência de credibilidade pelo que dizem essas pessoas e desrespeito pelo que sentem transformam as situações diárias bem mais difíceis. Para Ribeiro (2019, p.55) o lugar de fala envolve um sistema que estrutura o imaginário social e faz-se necessário romper com o regime de autorização discursiva significando o rompimento da ordem de quem é permitido falar, quem tem o direito oficial e legitimado para dizer algo, quem é mais escutado no que fala e mais do que isso, é também compreendido como verdadeira fala. Essa forma de compreensão explica muito sobre os relatos extraídos da pesquisa, pois de fato, essas mulheres parecem ainda não terem encontrado o seu lugar de fala. Todas as estruturas que hoje estão montadas parecem ainda não favorecerem a escuta e a opinião dessas mulheres, isto tanto nas estruturas privadas (ambientes de casa), como nas formas mais ampliadas de convívio social (sociedade, serviços e governos).

Sendo assim, por mais que as mulheres nordestinas sertanejas tenham conhecimento sobre os riscos de sofrimento psíquico e suas necessidades, se não há disponibilidade de

acesso efetivo e democrático que acolham suas demandas de forma objetiva a promover um cuidado em todos os níveis, cuidar do sofrimento psíquico será sempre um desafio.

### **4.3. AUTONOMIA, UM PILAR DA SAÚDE MENTAL**

A partir de uma breve releitura histórica é possível analisar que o modelo manicomial instituído para tratar as pessoas em sofrimento psíquico no século XIX no Brasil, mostrou-se insuficiente do ponto de vista terapêutico para atender as demandas decorrentes do adoecimento psíquico. Com o rompimento deste modelo manicomial por meio da Reforma Sanitária e, principalmente, da Reforma Psiquiátrica em meados do século XX, passam a ocorrer transformações no modelo assistencial, para serviços de saúde em sistema aberto (Desviat,1999). A mudança no paradigma que percebia o sujeito apenas sob o aspecto biológico e de um aparelho psíquico, passa a ser compreendida como um fenômeno complexo, permeado por dimensões psicossociais. Em torno dos anos de 1970, o crescimento dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil tomam força, principalmente, após a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da criação de leis que culminaram com a lei federal nº 10.2016, a fim de oferecer os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Essa lei marcou o que seria o início de um tempo onde essas pessoas passariam a ser vistas como protagonistas de seu próprio tratamento e não mais como mero objeto de violência conforme era a conduta manicomial. A partir de então, emerge a possibilidade de um novo cuidado em saúde mental, de agora em diante, pautado em um modelo psicossocial e, portanto, um cuidado que prioriza a autonomia dos indivíduos (Saraceno, 1999).

Anos depois, institui-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (2014), que traz como sua missão promover a equidade e melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrente dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Esta referida política coloca dentre os seus principais objetivos “promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida” (BRASIL, 2017). Nesse sentido, percebe-se o quanto a autonomia dos sujeitos está relacionada com a promoção da saúde e esta precisa ser pensada como um conceito vinculado ao exercício da cidadania e do conhecimento de direitos. É certo que, com a criação dos

CAPS, os usuários desses serviços são influenciados positivamente à conquista dessa autonomia através da corresponsabilização do cuidado, o protagonismo sociocultural e político nos serviços e nas suas comunidades (Pitta, 2015).

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

Na perspectiva do trabalho dessa pesquisa, as mulheres sertanejas, demandaram nesse grupo necessidades importantes e que merecem nossa atenção:

Eu costuro, faço tapete, eu faço croché para que? para mim, ter aquela minha vida, pra não depender tanto do meu esposo, porque quem trabalha como agricultor, você sabe, não tem não uma renda normal, né? E ajudar em casa, é um meio de eu me ajudar (Rosa).

Meu marido é da agricultura e recebe pelo governo. Mas, no dia que eu tiver o dinheiro da minha passagem, eu venho correndo porque eu já me sinto melhor com essas conversas aqui (Camélia).

Nota-se a partir dos relatos que existe uma fragilidade no acesso às políticas que garantem a participação plena dessas mulheres no desfrutar de seus direitos e benefícios, essa ausência afeta principalmente a grupos mais marginalizados que enfrentam barreiras de falta de acesso a informações, recursos econômicos para poder deslocar-se, entre outros.

Sabemos que no sistema capitalista que rege nossa sociedade, vendemos nossa força de trabalho e, em troca, recebemos uma remuneração que custeia nossas vidas. Sabemos, ainda, que este sistema tem sido uma das principais razões da precarização do trabalho, da falta de

diversidade no mercado e de lógicas de produtividade que priorizam o trabalhador homem. Pensar em autonomia é investigar estratégias que possibilitem um cenário mais digno para todos. Um cenário em que estar em um emprego formal ou abrir um negócio seja questão de escolha, mas, que ambas levem a condições de autonomia. Um cenário com salário justo, garantia de crédito para microempreendedoras e para trabalhadoras informais, de apoio financeiro para pessoas que cuidam de outras pessoas e que precisam de aposentadoria digna, bem como recursos para manter o sustento de dependentes financeiros, além de não retrocedermos ainda nos direitos trabalhistas conquistados. Para que aconteça a autonomia feminina, é preciso ir além da expressão financeira, ou seja, não se resumir apenas ao aspecto do dinheiro. Para Freire (1996), “A autonomia enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade”. Dar vazão a essa autonomia no sentido das mulheres poderem realizar sonhos, ser felizes, planejar seu futuro e seu bem-estar; ter independência e liberdade sobre o próprio processo de construção, validação, propagação, valorização e preservação de saberes, como também a possibilidade de encontrar liberdade sobre o próprio corpo, mente, coração e subjetividade, respeitando sempre os limites individuais.

O conceito de autonomia possui significados diversos a depender do olhar que se pretende estudar. Para Ferreira (2013), a autonomia é condição fundamental no norteamo de políticas e práticas de Saúde. Assim, todo processo terapêutico deveria ter como princípio a construção contínua e o fortalecimento da autonomia do indivíduo no processo saúde-doença, principalmente, quando esta se encontra limitada pelo adoecimento. E, ainda, acrescenta:

O processo de adoecimento pode causar maior vulnerabilidade e fragilidade nos indivíduos, principalmente, quando o adoecimento implica na necessidade de cuidados por parte de outros. No entanto, a necessidade de cuidado não determina, necessariamente, prejuízo na autonomia das pessoas. Ao contrário, a necessidade de cuidados pode ser uma oportunidade para o resgate e o fortalecimento da autonomia. Para tanto, é importante que em todo processo terapêutico o indivíduo adoecido e fragilizado seja considerado e incluído enquanto sujeito do processo” (Ferreira, 2013 p.44)

Ao longo do tempo, percebeu-se que o centro das atenções na assistência psiquiátrica girava em torno da doença e pela busca da cura. Após a reforma e com o advento da Atenção Psicossocial, surgiu a possibilidade de pensar novas formas para enfrentar o sofrimento

psíquico ampliando o campo de ação para a esfera política, social e cultural tendo como seu eixo condutor a ampliação da cidadania. Pensar o ser cidadão é pensá-lo em sua integralidade, neste caso, podemos chegar à conclusão que para haver autonomia e cidadania, faz necessário respeitar a integralidade dos sujeitos.

A integralidade como eixo norteador do SUS não tem como finalidade apenas manter “os corpos funcionando”, mas, sobretudo, quer que as necessidades das pessoas sejam atendidas de uma maneira ampliada (González, 2010). Sobre este tema e pensando o campo da Atenção Psicossocial sob o recorte da mulher sertaneja, faz pensar na integralidade como necessidade primeira para as ações que busquem atender suas necessidades. Para tanto o conhecer a cultura, o sistema e as relações que envolvem todos os eventos que constituem a história de vida são indispensáveis.

#### **4.4 CUIDAR DO OUTRO QUE TAMBÉM É A(GENTE)**

O cuidado visto como referência dentro das práticas de saúde consiste num conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre um sujeito (paciente) e o profissional de saúde que lhe atende (Ayres, 2009, p.100). A qualidade dessa relação e a comunicação são processos fundamentais para a produção de saúde. O que se pretende destacar é sobre o fato de que, em muitos serviços de saúde, a intervenção por meio das tecnologias não se articula com o cuidar que se abre a uma escuta ampliada que valorize o saber do outro tanto quanto o saber do profissional. A prescrição terapêutica, por muitas vezes, é baseada sob a perspectiva de um único olhar, resultando em uma proposta insuficiente para a vida do sujeito. Conforme Ayres (2001, p.71), ainda que passe pelas competências e tarefas técnicas, cuidar não se restringe a elas, “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele”, aponta a construção de projetos e, por isso, é fundamental, no ato de cuidar, apreender quais projetos de felicidade estão em jogo (Ayres, 2001).

Em Barros e Gomes (2011), o cuidado em saúde deve partir de diálogos e não basta, nesse caso, apenas o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde considera relevante para o processo terapêutico, mas, principalmente, saber ouvir o outro que demanda o cuidado. O saber ouvir sem pressa, desejando penetrar no mundo do outro, enxergar os seus anseios,

necessidades e facilitar que o próprio sujeito aponte os caminhos para se construir o seu projeto terapêutico deve ser o modelo indispensável de cuidado.

Sampaio e Carneiro (2007) quando descrevem o equipamento do CAPS, afirmam ser este um serviço que contém nele próprio múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivas adequada às diferentes demandas. O que se configura nos dias de hoje dentro do CAPS de Quixadá são mulheres em sofrimento psíquico que buscam o cuidado para si próprias, pois as suas exaustivas rotinas diárias têm contribuído para seu adoecimento. Podemos observar nos relatos a seguir:

Eu tenho depressão desde a minha mocidade...eu não tenho marido, sou só; tenho um filho de 14 anos que é doente, meu José.... Eu sou só, sou o pai e a mãe sozinha...eu tomo remédio controlado porque eu vivo chorando (choro), desesperada, mas é assim mesmo a vida da gente, esses apereios..., é difícil mas, eu vou conseguir (Dália)

No meu caso eu não tenho apoio de ninguém, mas, você tem que tirar o foco de si mesmo. Eu falo muitas vezes isso pra mim. Eu sou o principal apoio de mim mesma. Tem gente que é rodeado de pessoas de apoio, mas elas não se ajudam, elas não sentem (Rosa).

O que marca nesses relatos é a busca por ajuda, a procura por alguém que exerça alguma forma de cuidado que possa aliviar o sofrimento dessas mulheres. As redes de apoio que se constituem em ferramentas vitais para manter a saúde mental dessas mulheres mostra-se bastante fragilizadas. É sabido que as formas de sofrimentos são diversas e, por este motivo, a comunidade e os serviços de saúde devem mobilizar-se para também ofertar serviços também diversificados as pessoas em sofrimento psíquico. No período de realização desta pesquisa, não havia nenhum grupo terapêutico voltado para o atendimento de mulheres no CAPS Geral de Quixadá e este grupo que foi pensado para a pesquisa se configurou como única oferta de atendimento coletivo do serviço. Os Centros de Atenção Psicossocial trazem em suas bases modos de cuidar do sofrimento psíquico não apenas na forma tradicional/assistencial. Nos CAPS, as atividades grupais se constituem em um dos principais recursos terapêuticos neste contexto de atendimento, sendo regulamentado pelas portarias n. 224/1992 e 336/2002 nas modalidades de: psicoterapia de grupo, grupos operativos, atividades de suporte social e oficinas terapêuticas (BRASIL, 2002). Esta ferramenta de cuidar possui garantias para serem incorporadas no serviço, no entanto, o que se verifica na prática, é que os incentivos não chegam e sua operacionalização torna-se prejudicada. Segundo Bleicher (2015), esse é um problema antigo dentro do CAPS de Quixadá, pois

segundo o que as terapeutas ocupacionais relatavam é que a falta de materiais para a realização dos grupos terapêuticos sempre foi um problema a destacar. Tendo ou não condições, a equipe sempre dava um jeito de realizar as tarefas (Bleicher, 2015). O que torna mais preocupante é o fato de que quando não existem alternativas de cuidado, o que se é mais comum ofertar são as alternativas de mascarar a dor ou o sofrimento, podendo tomar uso do chamamos de “medicalização do sofrimento”.

Porque apesar do que eu tomo...eu tomo tem vezes dois diazepam por dia. Eu não quero me acostumar com o diazepam, mas tem dias que eu tenho que tomar, porque tô tão estressada que chega eu sinto dor no peito. Aí tem a losartana, tem hidroclorotiazida, tem amitryl né? As vezes tô com dor de cabeça e preciso tomar paracetamol, né? (violeta).

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

Conforme Fiorelli e Assini (2017), o uso prolongado de benzodiazepínicos é um fenômeno encarado como um problema de saúde pública, uma vez que se configura como uma modalidade no campo da dependência química, tendo em vista que o indivíduo só atinge respostas orgânicas funcionais compatíveis a um estado de “normalidade” mediante utilização contínua desses psicotrópicos, além de que após a interrupção do uso prolongado do benzodiazepínico, muitos pacientes sofrerão com a síndrome de abstinência (Fiorelli, Assini, 2017, p. 41).

De acordo com Bleicher (2015), tendo em vista o aumento do uso de benzodiazepínicos na cidade, fato percebido pelos profissionais do CAPS, foi realizado um projeto de tentativa de diminuição do uso de benzodiazepínicos pelo psicólogo do serviço do CAPS de Quixadá no sentido de trabalhar a conscientização dos médicos a diminuir a prescrição desses medicamentos, como também apontar a psicoterapia como diferente alternativa de cuidado (Bleicher, 2015, p.248)

Na passagem da sociedade moderna para a contemporaneidade emerge uma cultura terapêutica que favoreceu a medicalização do sofrimento (Pombo, 2017). O chamado paradigma biomédico, apresenta uma visão orgânica dos problemas e a eficácia do tratamento na medicação, existindo pouca ou nenhuma preocupação com o indivíduo ou com seus vínculos (Sousa, 2018). Esta é a realidade que se mostra dentro dos serviços de saúde mental e que os próprios usuários vão sendo submetidos. O CAPS tem se tornado o serviço onde as

peessoas vão em busca de uma consulta psiquiátrica para adquirirem seus medicamentos e nada mais que isso.

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

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

Em termos de reflexão sobre a citação acima, recordamos que o CAPS pode ter várias funções e estas vão se organizando à medida que surgem as necessidades dos seus usuários na dinamicidade do tempo. Essas funções como bem descreve Sampaio (2007), podem ser das mais básicas como ser porta de entrada, retaguarda à internação, quanto as mais especializadas como a formação, a pesquisa e a comunicação e crítica social sobre a qual descreve:

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

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

#### **4.4.1- O Cuidar é produto da experiência de ser a(gente)**

A proposta desta pesquisa era oferecer também, de forma mais concreta a experiência de cuidado com essas mulheres sertanejas, onde tivessem um espaço seguro para compartilharem suas vidas, suas habilidades, descobrissem seus potenciais e despertassem para novas oportunidades. A ideia inicial era buscar na própria cidade alguma iniciativa da

Economia Solidária, todavia, não foi possível encontrar. Dessa forma buscou-se dar oportunidade de experiência em uma construção coletiva com a oficina de argila.

O interessante aqui é que eu posso dar forma, eu posso criar com o barro, dar vida, não é? No barro que a gente colhe lá no sertão na época da chuva, a gente faz o fogareiro, faz várias coisas....hoje em dia a gente perdeu mais essa habilidade com o barro, porque a gente tem o pix e tudo a gente pede. Mas antigamente as nossas panelas eram de barro, a nossa geladeira era uma quartinha que esfriava uma água que era uma coisa maravilhosa! (Angélica).

Eu ainda hoje quando vou para Fortaleza passo em frente a um lugar no caminho que vende umas panelas de barro que são lindas e essas panelas fazem umas comidas maravilhosas, um feijão que é uma delícia! Quem sabe se a gente não poderia também fazer no nosso sertão umas panelas dessas pra vender? (Margarida)

Percebe-se nos relatos, que a experiência favoreceu as vivências antigas da casa, dos utensílios domésticos, circunstâncias bem típicas das mulheres sertanejas donas de casa, cuidadoras, onde, na divisão sexual do trabalho, esses lugares estavam mais restritos a elas.

Fazendo uma releitura sobre a Economia Solidária para mulheres, encontra-se como uma preocupação inicial dessa iniciativa era realizar ações para identificar os grupos e redes produtivas de mulheres que visam, prioritariamente, localizar e reconhecer quem são, onde estão e o que fazem as mulheres trabalhadoras e suas organizações produtivas. Busca, também, promover sua autonomia econômica e incentivar a troca de informações, conhecimentos técnicos, culturais, organizacionais, de gestão e de comercialização, valorizando os princípios da economia feminista e solidária. Incorpora em suas diretrizes a promoção da igualdade de gênero e a economia feminista e solidária. (Butto, 2011).

Na história da Política de Saúde Mental de Quixadá, houve um momento em que os gestores da época se preocuparam com a promoção da cidadania e autonomia das pessoas com problemas mentais, integrando aos serviços as políticas municipais, onde os profissionais do CAPS participavam como mediadores desse processo, inserindo os usuários em trabalhos formais ou informais de emprego e renda. (Bleicher, 2015, p.345)

Nesta pesquisa, um fato interessante foi o despertar de sensações antigas e novas, revisitar memórias boas que elas mesmas foram descrevendo.

Quando eu pego nesse barro molhado a sensação que eu tenho é de cheiro de chuva, aquele friozinho, dá calma na gente...(Camélia)

Eu vou pegando aqui no barro e pensando o quanto nós estamos nos distanciando da terra, da natureza, não colocamos mais os nossos pés no chão, não tomamos mais

banho de chuva na rua que era bom demais! Só foi criança quem um dia tomou banho de chuva. (Açucena)

Segundo Sugeta (2009), o tocar ativo, fazer uso das mãos promove um acolhimento e uma troca, à medida que se molda, é moldado. O tocar do barro favoreceu a percepção de o quanto as mãos podem compreender aquela matéria e a partir dela fazer refletir sobre a vida. A experiência do cuidado passa também por essas nuances que tantas vezes são desprezadas em nossas práticas diárias.

Eu sou uma pessoa que gosto muito de trabalhar com artesanato, eu sou professora aposentada e gosto muito de trabalhar com arte. Com meus alunos mesmos eu utilizava muito da arte para construir com materiais como jornais, sisal, palha... (Hortênsia).

Muitas vezes, dentro do próprio grupo que se forma, descobrimos aqueles que tem potencial para ensinar uma arte e que se devidamente reconhecidos e amparados poderão vir a tornar-se os próprios orientadores de ofício do grupo que ele mesmo faz parte, gerando, também maior sociabilidade entre os membros. No âmbito do trabalho, para Saraceno (1999), este é compreendido como forma de reconhecimento, participação social efetiva, maneira de sustentar-se, garantir a sobrevivência ou forma de autorrealização.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou examinar as percepções e experiências sobre o sofrimento psíquico de mulheres nordestinas sertanejas e a partir da análise sobre suas falas em uma experiência de grupo, extrair os seus maiores incômodos a fim de possibilitar novas reflexões e propostas a cerca do tema que se mostra tão presente no cotidiano dos serviços de Atenção Psicossocial, e ainda carecem de mais aprofundamento.

Ao longo desse trabalho foi possível compreender a lógica da nossa sociedade ocidental patriarcal que tem, no decorrer dos anos, interferido nas relações de domínio sobre o feminino, impedindo que as mulheres possam exercer um lugar de protagonismo e poder que favoreçam construir sua história de forma singular. No nosso contexto, as desigualdades de gêneros são fortes, as relações de cuidado são profundamente impactadas pela disparidade entre papéis masculinos e femininos, que, por sua vez são naturalizados por processos educacionais, sociais, culturais e históricos. Mesmo dispondo de um cenário muito restrito para se desenvolverem como trabalhadoras, essa qualidade nunca lhes fora ausentes, sempre se mostraram muito fortes em lutas cotidianas que por muitas vezes custaram a própria saúde. Pensar no protagonismo pressupõe em promover autonomia dentro das Políticas Públicas que garantam maior acesso, oportunidade de escolhas, perceber o seu papel como sujeitos sociais que lutam para conquista de novos direitos. A compreensão sobre o lugar de fala das mulheres nordestinas sertanejas é essencial para assim conhecer os desafios vivenciados por elas, possibilitando maior visibilidade para assim pensar em cuidado e promoção em saúde.

No cenário em que foi realizada esta pesquisa, o Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá (CAPS), espaço que no decorrer dos anos tem se configurado como ambiente de acolhimento de pessoas com queixas referidas de sofrimento psíquico, estão presentes o público das mulheres sertanejas que, de alguma forma, não conseguiram encontrar redes de apoio em outros ambientes e tem visto nesse serviço ainda uma alternativa de alívio para suas angústias. É relevante destacar que muitas dessas mulheres que aqui se apresentaram, vem sofrendo uma espécie de duplo estigma, tanto pela questão de gênero, quanto por serem usuárias de um serviço de saúde mental. Assim, o sofrimento da mulher sertaneja torna-se intensificado, pois, além de ser julgada pela sociedade, por vezes acaba adotando uma postura de culpabilização de sua própria condição. As práticas em saúde mental devem direcionar-se conforme demandam seus usuários, não evidenciando a doença, mas, na experiência da

pessoa justificando uma dimensão mais abrangente de atuação. No decorrer dessa pesquisa, o que se verificou foi a ausência de práticas que fomentasse a importância de espaços de diálogos e produção de autonomia. Dessa forma, o que precisa ser refletido é se as práticas oferecidas atualmente no CAPS tem valorizado o que a Reforma Psiquiátrica preconiza ou, ao contrário, tem valorizado o que é apontado como problema crônico nos serviços de saúde mental. Principalmente, no que atinge o saber biologicista e médico-centrado. A necessidade de promover a ruptura desse paradigma é urgente. Segundo Sampaio (2016), o que se evidencia nesse tempo sobretudo na perspectiva dos trabalhadores, é a compreensão, fundamentalmente do CAPS como um serviço ambulatorial, desperdiçado como local de criação e de passagem, mas com uma atuação “capscentrada”, que o configura como novo local de cronificação. Existe a diferença entre um Ambulatório e um CAPS, tomando por exemplo o sofrimento psíquico de mulheres sertanejas, para um ambulatório a resolução do problema seria encaminhá-la a uma psicoterapia ou prescrever uma medicação. Esse estudo visa oferecer a reflexão e crítica social quando se propõe a fazer os profissionais de saúde entenderem que as questões de gênero são problemas de saúde pública porque se relacionam com sofrimentos e quadros psicopatológicos e por isso refletir sobre crenças enraizadas na sociedade e reunir as mulheres sertanejas, objetos dessa pesquisa, em torno dessa discussão é também fazer saúde. É importante salientar que nem sempre o serviço funcionou sob essa lógica, em tempos passados, mostrou-se como um dos pioneiros no desenvolvimento de crítica social, tornando-se modelo potente para a atenção à saúde mental sob as propostas locais de construção de autonomia, vínculos solidários e resgate da cidadania.

Convém assinalar, na realidade brasileira, onde, por muitas vezes, o serviço público não chega junto às necessidades de seus usuários, o que acaba acontecendo é que a responsabilidade do cuidado recai sobre as famílias. Na nossa cultura, especificamente, na realidade de gênero, “cai nas costas” da mulher. Um problema público torna-se como se fosse uma situação individual. Em Leão (2019, p. 51), as crises produzidas, social e institucionalmente, são percebidas como crises individuais, à medida que se fragilizam as instituições e redes de proteção social, cada vez menos preparadas para lidar com o sofrimento. As respostas ao sofrimento, portanto, também tendem a se organizar de forma individualizada e aquém da complexidade do fenômeno. Dessa forma, os serviços vão se tornando insuficientes porque muitas vezes têm mantido seu foco no ambulatório em vez de implementarem programas que funcionem como suportes da vida diária das pessoas.

Inicialmente, pensou-se em oferecer uma experiência a essas mulheres na proposta da Economia Solidária, com o objetivo de favorecer o conhecimento dessa prática e de seus princípios que são a autogestão, cooperação, solidariedade, centralidade no ser humano, valorização da diversidade, justiça social na produção, cuidado com o meio ambiente e valorização do saber local e aprendizagem. O objetivo seria apresentar a economia solidária como alternativa de cuidado para as mulheres sertanejas e assim dar maiores oportunidades de geração de renda em um ambiente tão escasso de recursos como é o sertão nordestino. No entanto, essa pesquisa apresentou seus limites devido à ausência de atividades desse porte na cidade. Outros fatores que não favoreceram a busca por outras cidades próximas que favorecessem essa vivência foram o tempo para a realização da pesquisa e a ausência de financiamento para custear despesas de transportes e materiais.

Embora tenha existido o esforço por parte da pesquisadora em levantar os dados e mostrar a necessidade das mulheres sertanejas dentro do serviço de saúde mental, é de suma importância a garantia das políticas públicas que levem em consideração as diferenças de subjetivação a partir da cultura local para garantir que as necessidades e direitos dos usuários desse serviço sejam atendidos de forma adequada. Desse modo é essencial que a legislação referente às políticas de saúde mental sejam cumpridas e implementadas, haja orçamento público para alocação de recursos que viabilizem a realização dos projetos terapêuticos de maneira efetiva, a participação cidadã através de conselhos participativos, que permitam as próprias mulheres sertanejas influenciarem nas decisões e no monitoramento das políticas principalmente locais, como também, o monitoramento e avaliação pelos órgãos de fiscalização a fim de avaliar se os recursos e os objetivos estão obtendo os resultados desejados, e por fim a realização de ajustes e melhorias ao longo do tempo, garantindo a efetividade das ações implementadas.

O presente estudo teve a intenção de apresentar caminhos para compreender as necessidades das mulheres sertanejas, como também dar maior visibilidade e importância ao seu papel no mundo e na sociedade, a fim de que sejam valorizadas. Não obstante, espera-se que os resultados contidos neste estudo possam abrir caminhos para outras pesquisas similares que futuramente venham a desenvolver-se, dado que, tem-se a clareza da relevância desse tema para o nosso contexto atual, gerando sempre mais discussões e aprofundamento em vista da qualidade de vida das mulheres nordestinas sertanejas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. V. P. **Mulheres rurais, movimento social e participação: reflexões a partir da marcha das margaridas.** Política & Sociedade, v.15, p. 261-295, 2017.

ALCÂNTARA, L. C. **Economia Solidária e oficinas de trabalho na Saúde Mental.** In: MERHY, E.E; AMARAL, H.A . A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rotchschild, p.151-181, 2007.

ALMEIDA, A. M.; ZILLY, B.; LIMA, N. **De sertões, desertos e espaços incivilizados.** Rio de janeiro: Mauad, p.7-9, 2001.

ALMEIDA, M. **Projetos de Geração de Trabalho e Renda: uma alternativa de combate à pobreza e a exclusão.** II ENEDS, Rio de Janeiro, 16 e 17 de Nov. de 2005.

ALVES, D., GULJOR, A.P. **O Cuidado em Saúde Mental.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. Cuidado – fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO,2004.

ALVES, M.E.R.; OSTERNE, M do S. F. **Vidas privadas em espaço público: as várias faces da violência contra a mulher moradora de rua em Fortaleza e os desafios das políticas públicas na cena contemporânea.** Revista do Mestrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas. 2014.

AMARANTE, P.; BELLONI, F. **Ampliando o direito e produzindo cidadania.** São Carlos, 2014, p. 15-20.

ANDRADE, J. J. **O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças.** Revista Brasileira de Ciências Política, nº18, p. 265-300, 2015.

AVRITZ, L.; KERCHE, F.; MARONA, M. (Org). **Governo Bolsonaro -Retrocesso Democrático e Degradação Política.** 1ª ed, Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** 1ª edição. CEPESC- IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2009.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan./jun. 2001

BARROS, M.E.B., GOMES, R.S. **Humanização do Cuidado em Saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado.** Fractal: Revista de Psicologia, v.23, p.641-658, set/dez 2011.

BEAVOUIR, S. **O segundo sexo – a experiência vivida.** Difusão Europeia do Livro. 2ª ed. 1967.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Revista Eletrônica de Educação, v.6, nº1, mai 2012. São Paulo: Edições 70, 2011

BERG, J. A. & Woods, N. F. (2009). **Global women's health: A spotlight on caregiving.** *Nursing Clinics of North America*, 44, 375–384. doi:10.1016/j.cnur.2009.06.003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.** Presidência da República. Plano Nacional de Políticas para Mulheres: Brasília, 2006.

BRASIL. **Secretaria de Políticas para as Mulheres.** Presidência da República. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra as Mulheres. Brasília, 2010.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego.** Economia Solidária uma outra economia acontece: cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social. Brasília, 2007<sup>a</sup>.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral da Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em <[http://portal.saude.gov/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov/portal/arquivos/pdf/relatorio_15anos_caracas.pdf)> Acesso em: 12 de fev 2023.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de Jun 2013, seção 1, n.112, p. 59-62.

BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a Pesquisa Participante.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BROWN, G. W. & HARRIS, T. O. Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. London: Tavistock. 1978.

BUTTO, A., DANTAS, I. (orgs). **Autonomia e Cidadania: políticas de organização produtiva para mulheres do meio rural.** Ministério do Desenvolvimento Agrário. 1<sup>a</sup> ed. Brasília, 2011.

CAMPOS, S. G. W (orgs). **Tratado de saúde coletiva.** .São Paulo: Hucitec. Acesso em: 09 dez. 2023. 2006

CARNEIRO, E. C., M, J. S., & L., B. M. (2016). **Empreendimentos econômicos solidários: uma breve análise da arco sertão central.** In Anais do 1º Congresso Internacional de Economia Popular e Solidária e Desenvolvimento Local: Diálogo Brasil-Cuba. Feira de Santana: IEPS-UEFS.

CARVALHO, A. M. A et al. **Mulheres e cuidado: Bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural?** Paidéia, 18(41), 431-444 .2008.

CAVALCANTI, M.P.H & LIMA, E. E. H. T. **Marcha das Margaridas: participação política e empoderamento e movimento social em rede das mulheres do campo e da floresta.** ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, v.3, n.5, p. 94-107, 2016.

CEDAW. **Documento do movimento de mulheres para cumprimento da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, pelo Estado Brasileiro: avaliação, propostas e recomendações.** O Brasil e a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. 2006/2007.

Disponível em:<<http://www.agende.org.br/publicacoes/interna.php?area=19>> Acesso em 28 de Janeiro 2023.

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

CORDEIRO, R. L. M. **Vida de Agricultores e História de Documentos do Sertão Central de Pernambuco.** Rev. Estud. Fem, 15(2). 2007.

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

COUTINHO, M.C. **Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégias de investigação.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2009, vol. 12, n. 2, pp. 189-202

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

FERRAZ, D; KRAICZYK, J. **Gênero Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento de desigualdades no âmbito do SUS.** Universidade de São Paulo. Revista de Psicologia da UNESP 9 (1), p.70, 2010.

FERREIRA, I. **Mulheres foram as mais afetadas emocionalmente pela pandemia.** Jornal da USP, São Paulo, 09 de Fevereiro de 2021. Disponível em: [Mulheres foram mais afetadas emocionalmente pela pandemia – Jornal da USP](#).

FBSP. **Violência contra mulheres em 2021.** 2022. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-vs.pdf>

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

FERREIRA, S.C.F, PEREIRA, M.A.O, JUNIOR, A.P. **Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental.** Rev. Simbio-logias, vol 6, nº 8, nov 2013.

FIORELLI, K.; ASSINI, F. L. **A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura.** ABCS Health Sci, p. 40-44, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/948>.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

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

GONZÁLEZ, A.D, ALMEIDA, M.J. **Integralidade da Saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais**. Ciência Saúde Coletiva 15(3). Maio 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>

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

LEAO, T.M., IANNI, A.M.Z. GOTO, C.S. **Sofrimento Psíquico e a Universidade em tempos de crise estrutural**. Revista em Pauta, nº 44, v. 17, p. 50-64. Rio de Janeiro, 2019.

LISPECTOR, C. **Laços de Família**. Contos. Editora Rocco, 1998.

LUDERMIR, A.B. **Inserção Produtiva, Gênero e Saúde Mental**. Caderno de Saúde Pública, RJ. 16(3): 647-659, Jul – Set , 2000.

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

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

MARX, K. e ENGELS, F. **A Ideologia Alemã** (Feuerbach). 5ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

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

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

MEIRELES, E. **Políticas Públicas de Economia Solidária no Município de São Carlos-SP, de 2001 a 2011**. São Carlos, Jun/2012.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). **Portaria nº 2.446 MS/GM, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. D.O.U.. Brasília, DF, 13 nov

2014 [citado em 18out2017]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br) **Portaria nº 224 SAS/MS de 29 de Janeiro de 1992.**  
 Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=836-portaria-sas-ms-n%C2%BA-224-de-29-01-1992-sesmg&task=download](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836-portaria-sas-ms-n%C2%BA-224-de-29-01-1992-sesmg&task=download)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br) **Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002.** Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

NUNES, J.M.S., GUIMARÃES, J.M.X., SAMPAIO, J.J.C. **A produção do cuidado em Saúde |Mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 4 ]: 1213-1232, 2016 .

OLIVEIRA, A. A. A. **O Impacto das conferências de políticas para mulheres nas atividades do legislativo federal.** Dissertação. Mestrado . UFU, MG, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2009b). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Recuperado de:  
[http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf)

PEREIRA, J. B.; OLIVEIRA, D. S. D. S; GOMES, L.V. Q. **Marcha das Margaridas: trabalhadoras rurais em luta.** Caderno de Graduação em Ciências Humanas e Sociais – UNIT, Alagoas, v.4, n. 2, p. 205, 2018.

PEREIRA, W. C. C. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática.** Belo Horizonte: vozes. Minas, 2001.

PINHO, K.L.R.;M. M.L.T. **Economia solidária e a produção de cidadania na saúde mental: um estudo dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho no estado de São Paulo.** Dissertação. São Carlos: UFSCar, 2015.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional.** 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

PRIORI, M. D. (org). **História das Mulheres no Brasil.** 7ª ed. São Paulo: Contexto, 2004.

PITTA, A. M. F, COUTINHO, D.M, ROCHA, C. M. **Direitos humanos nos centros de atenção psicossocial do nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights-WHO.** Saúde Debate. 2015. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00760.pdf>

POMBO, F.M. **Medicalização do Sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável.** Recilis Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2017 jan.-mar.; 11(1) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278

RAGO, M. **Trabalho Feminino e sexualidade**. In: PRIORE, M. Del (Org.). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 1997. p. 578 a 606.

RIBEIRO, D. **O que é: lugar de fala?** Letramento: justificando. Belo Horizonte(MG). 2017.

ROCHA, M.L., GOMES, L.G.W. e LIMA, I.C. **Gestão do Trabalho e os Desafios da Saúde na Educação**. In A.M.B. BOCK (org.) Psicologia e Compromisso Social. São Paulo: Cortez, 2003, pp. 129-141.

RUBIM, L. ; ARGOLO, F. (org). **O golpe na perspectiva de gênero**. Coleção Cult. Salvador, 2018.

SAFFIOTI, H. **Gênero, Patriarcado e Violência**. Fundação Perseu Abramo. 2ª ed. São Paulo:2015.

SAMPAIO, J.J.C, CARNEIRO, C. **Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas**. Sanare, Sobral, v.6, nº 2, p. 7-25, jul-dez 2005/2007.

SANTOS, F. M. D. **Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin**. Resenha de: BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo. Edições 70. 2011. Revista Eletrônica de Educação, p. 229. São Carlos, UFSCar, v. 6, nº 1, p. 383-387, maio 2012. Disponível em <http://www.reveduc.usfscar.br>.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora; 1999.

SEGATO, R.L. **Gênero e Colonialidade: em busca de chaves de leitura e um vocabulário estratégico descolonial**. Epistemologias Feministas: ao encontro da crítica radical. Centro de Estudos da Universidade de Coimbra. E-cadernos CES. V.18, p. 110, 2012.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. São Paulo. Editora Perseu Abramo, 2002.

SERAFIM, A.P. **Mulheres foram mais afetadas emocionalmente pela pandemia**. Jornal da USP, 2021. Disponível em: [Mulheres foram mais afetadas emocionalmente pela pandemia – Jornal da USP](#)

SOUSA, F.P., MACIEL, S.C. , MEDEIROS, K.T. **Paradigma Biomédico x Psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais a cerca do sofrimento psíquico?** Trends Psychol., Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 883-895 - Junho/2018

SUGETA, T.C.R. **Pequenas famílias ou múltiplos objetos no espaço: uma experiência em argila**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. 2009.

TAVARES, M.S. **Os novos tempos e vivências da “solteirice” em compasso de gênero: ser solteira e solteiro em Aracaju e Salvador**. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Março, 2008.

TEIXEIRA, P. R. (1997). **Políticas públicas e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. In Parker, R. (Ed). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar.

TILIO, R. **Padrões e estereótipos midiáticos na formação de ideias estéticos em adolescentes do sexo feminino**. Revista *Ártemis*, Vol XVIII, nº 1, jul-dez, 2014, p. 147-159.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e pesquisa, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TVE ESPÍRITO SANTO. **CAPIXABAS de luta: Maria Ortiz**. Cintia Braga. Espírito Santo: 2012.1 vídeo (7: 17 min) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?=JB5m3vdhBzM>. Acesso em 06 de julho de 2022.

WHITAKER, D.C.A. **Nas franjas do rural-urbano: meninas entre a tradição e a modernidade**. Caderno Cedes. Ano XXII. Nº 56, p. 7-22, Abril 2002.

WOLF, N. **O mito da beleza**. Rio de Janeiro: Rocco. 1992

ZANATTA, L.F. et al. **Igualdade de gênero: porque o Brasil vive retrocessos?** Caderno Saúde Pública – Perspectivas, Rio de Janeiro, 32(8), Agosto, 2016.

VIGARELLO, G. **História da Beleza**. Rio de Janeiro: Ediouro. 2006.

ZAPPELLINE, M.B et al . **O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração**. Rio de Janeiro. Administração: ensino e pesquisa, v.16, nº2, abr-jun, p. 241-273. 2015.

## APÊNDICE I

### Frases Disparadoras:

- Lutar contra a ignorância é sempre uma briga perdida.
  - Seja o teu entulho o teu pedagogo.
  - Eu sou um mapa a ser desbravado.
  - Não posso depositar nos outros a obrigação de me fazer feliz.
  - O bem-estar da minha vida não pode depender da circunstância onde eu vivo.
  - Eu sou uma guerreira e é dentro de mim que mora a decisão poderosa de me conhecer
- (Retirado do livro *Leveza Feminina* – Ziza Fernandes)

### Vídeo

Capixabas de Luta – Maria Ortiz

[\(114\) Capixabas de Luta - Maria Ortiz - YouTube](#)



### Foto

Experiência do trabalho com argila (produções)



## APÊNDICE II

### ROTEIRO DA PESQUISA

1. Quais as dificuldades que você tem enfrentado nos últimos tempos em relação a sua saúde?
2. O que você considera como causa de sofrimento em sua vida?
3. Atualmente qual a sua principal ocupação?
4. Sua ocupação gera renda para você? Você encontra-se satisfeito em relação a isto?
5. Como você avalia a oportunidade de acesso à renda na região onde você mora?
6. Na sua opinião, o trabalho realizado por meio de cooperativas onde se possa produzir, comercializar, trocar e comprar produtos de um grupo de pessoas e estas mesmas possam ser detentoras por igual do capital seria uma oportunidade de ter uma vida melhor?

### APÊNDICE III

#### Quadro

Perfil das Participantes (os nomes são fictícios para resguardar a privacidade e foram substituídos por nomes de flores)

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Ocupação</b>
1-Rosa	48 anos	Casada	Zona Rural	Dona de casa
2-Violeta	37 anos	Divorciada	Zona Urbana	Autônoma
3-Dália	59 anos	Solteira	Zona Urbana	Desempregada
4-Lis	31 anos	Solteira	Zona Urbana	Vendedora
5-Margarida	23 anos	Solteira	Zona Rural	Manicure
6-Jasmine	26 anos	Solteira	Zona Rural	Empregada Doméstica
7-Açucena	30 anos	Separada	Zona Urbana	Autônoma
8-Flora	20 anos	Solteira	Zona Rural	Estudante
9-Camélia	20 anos	Casada	Zona Rural	Dona de Casa
10-Angélica	33 anos	Solteira	Zona Urbana	Técnica de Enfermagem
11-Hortênsia	56 anos	Casada	Zona Urbana	Dona de Casa
12-Marcela	26 anos	Casada	Zona Rural	Dona de Casa

FONTE: Elaborada pela autora

## APÊNDICE IV

### RELATOS

**Rosa:** Todo mundo tem problema, o meu é com meu filho, ele tem 21 anos. A mulher dele está grávida, de uns 6 meses. E ele adotou ainda 2 crianças, colocou tudo nas minhas costas. Aí o que acontece, o meu esposo é daquele que não fala, é calado, então quem sofre e quem é ruim sou eu. Mas o que aconteceu? Eu cheguei para ela e conversei. Eu digo, olha. Eu tenho tanto problema, está com 2 meses que eu tive paralisia facial de tanta raiva que eu tenho. Mas mesmo assim, eu vivo a minha vida. Eu costuro, faço tapete, eu faço croché para que? para mim, ter aquela minha vida, pra não depender tanto do meu esposo, porque quem trabalha como agricultor, você sabe, não tem não uma renda normal, né? E ajudar em casa, é um meio de eu me ajudar. Eu olho pra isso e não me sinto doida. Porque eu tomo meus remédios, não sou doida, é porque eu preciso daquela paz. Eu sou uma pessoa que eu vivo mais só, só isolada, eu fico mais no celular e na TV. Eu vim aqui uma vez aí que uma menina foi dar uma palestra lá fora, aí ela disse que o CAPS era um canto de tratar pessoas com problemas mesmo. Mas não era só de pessoa que era doido. Como as pessoas têm preconceito! porque eu não sou mais pessoas brigar com ninguém, eu tenho problema de pressão, meu estudo é pouco, mas eu tenho educação. Eu vou fazer esse atendimento com a psicóloga para conversar, quando eu estou muito ruim e às vezes assim, porque você conversar com a pessoa que você conhece é diferente, porque aquela pessoa só te critica. E você procurar, por exemplo, esse grupo aqui que nem se conhece. A gente se acha livre para falar o que a gente está passando. No meu caso eu não tenho apoio de ninguém, mas você tem que tirar o foco de si mesmo. Eu falo muitas vezes isso pra mim. Eu sou o principal apoio de mim mesma. Tem gente que é rodeado de pessoas de apoio, mas elas não se ajudam, elas não sentem. Ela não tem amor-próprio. Aí a prova que sendo do mesmo jeito. Eu estou pensando nisso, e por isso estou dizendo, eu sou o meu apoio, eu sou a minha força, né? Eu sou meu amor. Mesmo que tem horas que faz falta... o pai, o marido(...)

**Violeta:** Eu também acho que sou uma grande guerreira, devido as coisas que estou passando, minha ansiedade...tem dias que eu tô, Ave Maria! Tão estressada! Mas Deus me acalma, né? Porque apesar do que eu tomo...eu tomo tem vezes dois diazepam por dia. Eu não quero me

acostumar com o diazepam, mas tem dias que eu tenho que tomar, porque tô tao estressada que chega eu sinto dor no peito. Aí tem a losartana, tem hidroclorotiazida, tem amitryl né? As vezes tô com dor de cabeça e preciso tomar paracetamol, né? Mas com tudo isso, a batalha que eu fiz e de lá para cá é difícil para qualquer um, porque o meu primeiro marido era aquele que homem que não dava de conta uma casa. Pronto! era mesmo que não tivesse homem dentro de casa. O outro, era um pouco mais de trabalhador, um pouquinho, mas bebida também e fez muito, eu sofrer. Né? E para terminar, eu acabei sendo mãe, pai, e estou sendo mãe e pai. Graça s a Deus!. E aí não é brincado não. Toda a minha Batalha que eu fiz e vivo fazendo... Não é para qualquer um, porque o negócio é sério. E eu comecei a criar meu menino Zinho, quando eu deixei meu primeiro marido. O meu bichinho não estava nem se sentando. Ele estava só. É. É. ..Aliás, ele não estava nem se arrastando. Ele estava sentado em cima de uma cadeirinha e a gente só pastorando pra Ele não cair, nem se arrastando. E eu venci! Hoje ele tá lá em casa e tem 21 ano, né? Mas ele está doente, está com problema. Um dia desse ele...Acho que ele pegou o mesmo problema do pai, né? Ele tem um problema que passa mal e cai, aí enrola a língua. Um dia lá em casa a pressão subiu. Aí a mulher da farmácia pediu que todos os quinze dias ele fosse ver a pressão, né? Aí eu tô, é eu, é ele, é o outro do meio de 15 anos de idade e tem o meu meninozinho especial, mas Deus está me dando força e coragem que eu tô vencendo e vou vencer, se Deus quiser!

**Dália:** Eu já sou como a minha mãe, que lutava com muita gente doente na minha família, mas ela faleceu já tá com uns dois anos, aí eu que agora tô no lugar dela. Eu tenho um irmão, uma irmã, tenho uma irmã especial, tenho o pai do meu filho, e o meu filho que é autista. E graças a Deus, Deus me dá forças para lutar e ajudar tudim, porque eu sei que eles precisam de mim. Eu sei que é difícil, mas a gente tem que ter vontade e vê que eles precisam da gente. Eu tenho depressão desde a minha mocidade...eu não tenho marido, sou só; tenho um filho de 14 anos que é doente, meu José, tem um que veio me deixar aqui e mais tarde ele vem, tem outro que tá fazendo o curso de computação aí não é toda hora que ele tá em casa, aí eu fico falando com ele. Ele diz mãe a mãe deixe de conversa , parece que tá ficando doida...Eu tô veia, vocês são novo, eu não quero deixar nada pra mim não , são pra vocês que eu quero deixar. Porque vocês são novo e eu tô veia e abatida de tanto quebrar a cabeça com vocês. É quatro homi, eu só tenho uma mulher por mim...que ela é quem vai deixar eles no trabalhozim, né? Pra vê se ele se interessa e vai trabalhar. Tem tanta coisa que preocupa a

gente. Eu sou só, sou o pai e a mãe sozinha... eu tomo remédio controlado porque eu vivo chorando (choro), desesperada, mas é assim mesmo a vida da gente, esses aperreios.., é difícil mas eu vou conseguir.

**Lis:** O meu caso e o caso dela já são aquelas guerreiras que lutam as lutas de outras pessoas. No meu caso, também é minha mãe. Quem cuida é eu e meu pai, a gente se revesa. E é como ela diz, a gente tem que ser uma pessoa só de manhã Até a noite, porque se a gente baixar o nível, eles baixam o nível. Se a gente levantar eles levantam. E a gente pensa assim: Não, hoje vai melhorar, mas não tem.... É aquela coisa, a gente luta sabendo que vai ter que lutar até o fim. Mas não tem fim, só quando realmente eles morrerem, e a gente não pode abandonar. E esse ano foi mais complicado, porque o meu irmão de 5 anos começou a apresentar sintomas de ansiedade. E ele não convive...que ele é do segundo casamento do meu pai, e ele não convive com a minha mãe, com meu irmão. Como eu e meu pai, convivemos porque ele é de outra família. Mas a gente já está vendo o mesmo filme. Já a gente já teve que fazer as mesmas coisas para que no tempo do meu irmão da minha mãe, quando ela estava dizendo não tinha. Hoje o meu irmão já é tudo. Aí todo dia as esperanças da gente se renovam. Bom, para meu irmão, vai ser outra realidade que pra minha mãe, pro meu outro irmão, não foi. Aí é como ela aqui, né? A gente tem que fazer, não tem opção. Tem que aguentar, tem que fazer...A gente vive a vida deles, a gente não vive a vida da gente.

**Margarida:** Aí me xingam de doida e eu fico muito sentida. Aí me xingam de besta , burra, aí eu tenho problema de depressão e fico ruim. Mas aí eu procurei me ajudar e disse dentro de mim, sou guerreira, eu me sinto que eu sou guerreira. Eu sofri tanto com isso porque eu não tenho atestado de doida, eu nasci perfeita, depois fui passando as coisas e os problemas que veio e eu fiquei assim. Aí quando ela falou assim “guerreira”, eu me sinto uma pessoa guerreira. Tem coisas que a gente vai passar mesmo. Eu ainda hoje quando vou para fortaleza passo em frente a um lugar no caminho que vende umas panelas de barro que são lindas e essas panelas fazem umas comidas maravilhosas, um feijão que é uma delícia! Quem sabe se a gente não poderia também fazer no nosso sertão umas panelas dessas pra vender?

**Jasmin:** De primeiro eu tinha preconceito, porque eu era neguinha, aí eu nasci neguinha, mas eu sou neguinha de vergonha. Eu tinha preconceito, eu não tirava foto. Eu não me pintava, eu

não me arrumava e não olhava as pessoas na cara, se eu olhasse uma pessoa, eu pensava que tava mangando de mim. Mas hoje eu passo pela minha psicóloga, conversar hoje eu passo um lapizinho no olho, eu tira as minhas sobrancelhas, eu pinto meu cabelo, hoje eu tiro foto, eu faço questão de tirar foto porque hoje eu me dou valor porque é como uma pessoa disse, olha não tem ninguém melhor que ninguém. De primeiro eu era uma vergonha tão grande que quando eu levava o meu filho levava pra praia. Eu não usava biquini porque eu, eu achava feia. Hoje eu vou para a praia, eu faço questão de botar um biquíni de banho, eu já não tenho mais vergonha de nada. Hoje eu me dou valor, sabe por quê? Porque eu tenho todos meus problemas, mas sou uma neguinha de vergonha. Eu tenho quatro filhos, criei meus 4 filhos sem marido. Trabalhei em casa de família, a limpando o chão, lavando o banheiro, limpando os pratos e os meus filhos hoje tão tudo criado.

**Açucena:** Assim..essas coisas que ela falou da ansiedade, a mente que fica perturbada, assim né? Em mim só piorou, só que eu estou notando que depois que eu estou buscando me autoconhecer, buscando ser o love da minha vida isso tem diminuído. Não a ansiedade, porque eu fico preocupada com o processo na justiça, Mas essa perturbação, essa mente...porque assim, no meu caso, é porque o meu mês era um Deus para mim, só existia ele , nem meus filhos, nada mais me importava, só ele. A falta de algo como amor-próprio, autoconhecimento que vai deixando as pessoas com ansiedade será que é isso? As vezes a gente não sabe nem o que quer, e a gente se espelha na sociedade, porque as pessoas dizem , numa religião, e sufoca né? As pessoas sufocam a gente né? Eu tenho que ser aquela magrinha, eu, aquela mulher boazuda? Não. Eu posso ser assim. Correndo em busca de padrão ... Isso aí seria um início de uma cura né? Para a ansiedade, o autoconhecimento. Só que quando você se conhece. Começa a entrar noutro mundo, Né? Você não fica mais aquela dependência emocional das pessoas, das coisas. Antigamente. se lutava praticamente só né?! Hoje, hoje tem toda uma rede de apoio. Não estou dizendo que as de hoje não são guerreiras, são, mas assim, hoje assim é mais fácil que tem... Hoje tem as feministas, vão junto , luta junto e antigamente, né? Tinha que enfrentar. Nós aqui que somos do anonimato. A gente está escondido, ninguém conhece as nossas lutas, nem sabe que a gente guerreira, né? Pela ao contrário, por exemplo, eu sou muito estressada. Eu sou eu quando eu estresso isso, explodo. Eu sou explosiva de gritar e tudo, sabe? Sei que eu estou errada, só que às vezes a gente carrega um fardo pesado e as pessoas olham mais isso. Estressada, aquela que é crente...crente

é muito criticado, né?! Só que assim você não sabe o que tem por trás disso. Por que ela é assim? Será que ....algum alerta Gatilho, né? Nós temos nesses alerta, gatilho. Aí, assim as pessoas não veem as nossas lutas. Eu, por isso que eu digo, eu me sinto guerreira. Pode falar... Eu disse no encontro passado que eu estou em processo de conhecimento e quanto mais eu me conheço, mais eu gosto de mim. Apesar de ter uma personalidade estressada, mas assim.... eu vejo que eu, eu, hoje, eu, eu estou me preocupando bem menos com o que as pessoas vão dizer, e vou vivendo as minhas lutas que eu também, eu cuido só dos meus filhos. Eu sofri uma tentativa de homicídio, né? Do meu ex-marido. Tá preso. Ele me ameaça quando ele sair, se fazer de novo. Então assim a gente vai lutando em cima disso mesmo com medo, né? Certo que eu passei 2 anos, então está com 2 anos. Foram 2 anos bem difíceis, não é? Foram difícil, mas hoje algo me iluminou, né? E hoje eu estou me autoconhecendo. Me preocupo quando ele sair, sim, mas hoje isso não tira mais no meu sono... Então as pessoas falam, então tô nem aí, né? Ninguém vem me ajudar a minha rede de apoio que é aqui agora. O é o CAPS, o doutor Nestor, a doutora Milena, vocês aqui, a Ioga, que eu não fui ontem de novo...(risos). É, e a APAPEC que dá suporte ao meu filho E assim.... a minha mãe, claro, a única assim familiar que me ajuda a ter o resto é não é? Então assim, amigos que eu estou conhecendo pessoas que eu vou conversando, então essas são minha rede de apoio que eu passei 2 anos tão apagada. Eu não via nada, eu vinha pra cá e tomava os remédios, era mesmo que nada, já hoje é diferente. Então é isso... eu acho que a gente devia se expor mais para todo mundo conhecer as guerreiras anônimas. .Eu vou pegando aqui no barro e pensando o quanto nós estamos nos distanciando da terra, da natureza, não colocamos mais os nossos pés no chão, não tomamos mais banho de chuva na rua que era bom demais! Só foi criança quem um dia tomou banho de chuva.

**Flora:** ... Se eu for botar pra fora, eu acho que eu explodo. Porque doutora, a pior doença que tem é a perturbação do juízo, nada pra você tá bom e tem dia que você tá mais a perturbada, tem dia que eu tô mais perturbada. As vezes quando tá muito acumulado, eu saio lá da minha casa e chego aqui, eu converso com um, converso com outro, eu choro....e quando eu chego em casa eu estou mais aliviada.

**Camélia:** o meu problema é de fazer amizade, sabe? Porque a coisa melhor que tem amizade , todas os problemas ela tem, mas a coisa mais importante, é a amizade. Eu tenho essa sorte ,

quando eu gosto, eu gosto de ter amizade até o fim. Esse momento aqui também alivia, a gente vai mais leve pro médico, né? Meu marido é da agricultura e recebe pelo governo. Mas no dia que eu tiver o dinheiro da minha passagem. Eu venho correndo porque eu já me sinto melhor com essas conversas aqui. É somente pra estar assim, não se solar, mas conversar, qual o ser humano que vive sem conversar com ninguém guardando tudo para si? Quando eu pego nesse barro molhado a sensação que eu tenho é de cheiro de chuva, aquele friozinho, dá calma na gente...

**Angélica:** Mas a minha mãe também é ansiosa, quando meu irmão começa a beber, ela diz, ai meu Deus me dá logo meu remédio! Eu digo: Mãe, vem cá! Se orienta, mãe! Tu bebendo o remédio ou não ele vai beber... liga lá a televisão, vá sentar lá que eu já vou. Quando eu olho ela tá alegre e satisfeita assistindo filme. Queria tomar o remédio sem tá na hora. Ela acha que tomando o remédio vai melhorar, vai mascarar, não vai! Todo o tempo de tanto eu conhecer o que ela vai falar, eu já vou tendo conhecimento. Eu já conheço tanto que ela vai falar, que eu não caio mais como antigamente, eu caía, chorava, não dormia. Porque ela ficava com aquele negócio aí eu dizia, menino ela vai morrer. Mas aí eu fui falando pra ela e ela foi se controlando, eu tive que botar moral. Até o meu irmão melhorou, porque ele viu que não chama mais atenção. Tá entendendo? E eu aprendi isso, pagando muito caro. Porque? Porque eu tinha que entender eles e eu faço acompanhamento aqui porque quem me ajuda a lidar com eles é o doutor Nestor, que trata deles. É, e eu aprendi isso pagando muito caro, né? Depois diminuindo, foi diminuindo. E hoje é bom? Não é. Mas hoje eu sei quando ela realmente está sentindo e quando ela tá pensando que ela vai sentir. É igual a senhora. A senhora tem que dosar o que é realidade e o que não é. Acho que é porque eu lutei com dois homens que bebiam tanta cachaça, oh meu Deus do Céu!... que quando eles saiam eu já corria para o remédio. Tinha uma mulher que mora aqui na rua, ela me orientou tanta coisa que eu melhorei dez anos. Quando eu tô ruim lá em casa ela diz: pode me chamar viu? Ela diz: Mulher, tu tá sentindo o quê? Aí eu digo...ela vai e diz: Calma, relaxa, respira. Olha, pelo amor de Deus, não vai se estressar porque se não daqui a pouco você tá doente, aí eu converso ali com ela e melhora. O interessante aqui é que eu posso dar forma, eu posso criar com o barro, dar vida, não é? No barro que a gente colhe lá no sertão na época da chuva, a gente faz o fogareiro, faz várias coisas... hoje em dia a gente perdeu mais essa habilidade com o barro, porque a gente

tem o pix e tudo a gente pede. Mas antigamente as nossas panelas eram de barro, a nossa geladeira era uma quartinha que esfriava uma água que era uma coisa maravilhosa!

**Hortênsia:** Eu luto contra a depressão, mas... Aí, mulher o meu esposo não me entende. Eu não tenho família, a minha família mora toda em Fortaleza. Eu não tenho aquela pessoa assim pra mim conversar. Eu disse, se eu tivesse dinheiro. Eu pagaria a pessoa só pra conversar comigo, porque a minha rua lá, é uma rua toda fechada. Eu me sinto muito sozinha há. Ah não ser...eu assisto Canção Nova, TV evangelizar, tudo é assim... a minha amiga é a televisão. Aí eu estou com ansiedade, tão grande, mas tão grande. Esse negócio corroendo dentro de mim, dentro de mim. Sem eu ter coragem de arrumar minha casa. Aí eu passo o tempo muito deitada. Aí eu Acho que ligo umas 15 vezes pra minha irmã que mora em Fortaleza.

**Marcela:** Eu me trato aqui há quatro anos, venho sempre no médico e a primeira vez que eu vim aqui, vim desesperada, chorando e passei pelo psicólogo e depois pelo médico que disse que eu tinha depressão. Aí é muito difícil porque meu esposo não acredita nessa doença, as vezes quando eu me sinto pra baixo sem forças pra lutar , ele diz que isso não existe e que eu tenho que reagir. Aí as vezes eu sinto vontade até mesmo de desistir, assim de viver, sem vontade de sair de casa, sem nada só com minha roupa do corpo, porque é muito difícil você saber que você tem um problema e que a pessoa que está do seu lado, que você mais acredita e confia nele. Ele não te apoia? Eu. Ele é um homem maravilhoso, ele é bom demais. Ele não teve. ..Ele é uma pessoa caseira. Mas é uma pessoa assim, eu não sei nem dizer como. É, é o nosso relacionamento até complicado, porque tudo o que eu faço dentro de casa para ele, eu estou errada. Eu tenho que fazer tudo dentro de casa, do jeito que ele faz. Até um café, eu vou fazer. Não é assim, você tem que fazer assim, porque assim é melhor. E tá aí essas coisas, você já vem há mais de 10 anos que eu passo. E você pensa é muito difícil. É, é só Deus na minha vida. Cada dia que eu me levanto eu peço a Deus coragem e força pra enfrentar aquele dia, porque eu me sinto assim...Eu não acho apoio. Eu acho que se eu cair eu ficaria no chão, sabe?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida, sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine-o ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é a sua e a outra é a da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvidas você pode procurar a pesquisadora responsável: Rejane Rodrigues Barbosa Castelo (88) 9 9735-8549, e-mail: rejanecastelo@estudante.ufscar.br

Título da pesquisa: O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES SERTANEJAS USUÁRIAS DO CAPS DE QUIXADÁ-CE.

Pesquisador Responsável: Rejane Rodrigues Barbosa Castelo

Orientadora: Taís Bleicher.

Sua participação no referido estudo será no sentido colaborar como sujeito na pesquisa sobre o Sofrimento Psíquico em Mulheres Sertanejas, participando de um grupo em ambiente reservado e adequado garantindo a privacidade. Serão utilizados para coleta dos dados um gravador para as falas e um roteiro de perguntas sendo que este material será utilizado apenas para transcrição da pesquisadora, dando total garantia que nomes ou identificação das participantes não serão reveladas. Os dados que você fornecerá serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação para terceiros e de nenhum dado que possa lhe identificar. Objetivando o acesso às informações e resultados encontrados na pesquisa pelas participantes do estudo, será realizada uma reunião no CAPS, utilizando-se da estratégia “Roda de Conversa”, para apresentação e discussão dos mesmos.

Você tem o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar do estudo “O Sofrimento Psíquico de mulheres sertanejas usuárias do CAPS de Quixadá-CE, como sujeito, fui devidamente esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa e

os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso tirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto leve a qualquer penalidade.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Local e data:

---

Nome do Pesquisador

---

Nome do Participante