

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE CIDADES RURAIS: PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS CORRELATAS

Francisca Marina de Souza F. Furtado

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Psicóloga e preceptora no Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande, Paraíba. Brasil.

Ana alayde Werba Saldanha

Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente associado I da Universidade Federal da Paraíba, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado e Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil.

Carla Marina Madureira de M. Moleiro

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade da Califórnia. Professora universitária no Departamento de Psicologia Social e das Organizações da Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (CIS-IUL), Portugal.

Josevânia da Silva

Psicóloga. Docente Doutora em Psicologia Social. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Departamento de Psicologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (Mestrado). Brasil.

RESUMO: Analisar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba/Brasil e a associação dos TMC com os aspectos socioeconômicos, vivência de violência doméstica e cuidados em saúde mental. Participaram 608 mulheres entre 18 e 83 anos de idade ($43 \pm 14,640$). Utilizou-se um questionário sociodemográfico e o *Self-Reporting Questionnaire-20*. Os dados foram analisados através de análises estatísticas descritivas e bivariadas. A prevalência de TMC foi de 31,6%, com maior índice em mulheres acima dos 50 anos, separadas/divorciadas, com baixa escolaridade e renda. As variáveis preditoras para o TMC foram: ser vítima de violência doméstica, vivência de situação estressora; e a inter-relação entre variáveis como ter mais de 50 anos, ter antecedentes familiares com sofrimento psíquico e renda entre um e dois salários mínimos. Elementos socioculturais significativos no que tange à saúde mental ligados às relações de gênero predizem o aparecimento de TMC nesta população.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher; Prevalência; Rural; Saúde Mental; Transtornos Mentais Comuns.

COMMON MENTAL DISORDERS IN FEMALES FROM RURAL TOWNS: PREVALENCE AND CO-RELATED VARIABLES

ABSTRACT: Current analysis deals with the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) in females living in rural towns in the state of Paraíba, Brazil, and the association of CMDs with socio-economic factors, experience in domestic violence and mental health care. Six hundred and eight females, aged between 18 and 83 years (43 ± 14.640) participated. The sociodemographic questionnaire and the Self-Reporting Questionnaire-20 were used. Data were assessed by descriptive and bivariate statistical analysis. CMD prevalence reached 31.6%, with highest rates in females over 50 years old, divorced, low schooling and low income. Predictor variables for CMDs were: victim of domestic violence, experience of stressing conditions, and inter-relation between variables comprised people over 50 years old, family antecedents of psychic sufferings and income between one or two minimum wages. Significant sociocultural factors with regard to mental health linked to gender predict CMD in the population.

KEY WORDS: Females; Prevalence; Countryside; Mental health; Common mental disorders.

Autor correspondente:

Carla Moleiro
carla.moleiro@iscte-iul.pt

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais correspondem a um fenômeno universal e fazem parte do quadro das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), constituindo-se em ameaça à qualidade de vida e à saúde das pessoas¹. Além dos danos psíquicos causados, os transtornos mentais também afetam outras dimensões da vida, podendo gerar discriminação e isolamento social², tentativas de suicídio³, entre outros.

O Brasil, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, é o país da América Latina com maior prevalência de pessoas com depressão e o país com maior prevalência de ansiedade do mundo, apresentando índice de 9,3%. Neste sentido, nos últimos anos, maior atenção tem sido direcionada para os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), termo utilizado para caracterizar pessoas que apresentam um conjunto de sintomas, incluindo sintomas de ansiedade e/ou depressão em níveis que afetam o exercício das atividades diárias, mas que não se adequa, em sua totalidade, aos critérios estabelecidos nos manuais de diagnóstico de transtornos mentais⁵.

Os Transtornos Mentais Comuns também são caracterizados por sintomas psicofísicos como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldades de memória e concentração, sendo frequente o aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos como tristeza, choro frequente e pensamentos suicidas⁵⁻⁶. Segundo Souza et al.⁷, os TMC apresentam-se como sofrimento psíquico difuso e inespecífico quando comparados a outros transtornos mentais, o que colabora, em parte, para o pouco direcionamento de políticas públicas voltadas para a prevenção, sobretudo na atenção básica à saúde.

A literatura^{5,7-8} tem evidenciado a relação entre o aparecimento dos TMC com algumas características populacionais, incluindo as condições de vida. A realização de estudos transversais tem permitido evidenciar que os TMC tendem a ser mais frequentes entre as mulheres⁸ e entre os mais pobres⁵. No que diz respeito à associação entre TMC e fatores socioeconômicos, destaca-se a tríade escolaridade-rendimento-ocupação, na qual é observada maiores prevalências de TMC entre as pessoas que possuem baixa escolaridade e rendimento e que estão desempregadas ou em condições precárias de trabalho^{5,8}.

A associação entre os TMC e gênero também tem

sido evidenciada, com maior prevalência entre as mulheres^{1,9}. A este respeito, há que se considerar os aspectos que aumentam a vulnerabilidade de mulheres aos TMC, com destaque para as condições socioeconômicas e estruturantes de vida que, sob a influência das relações desiguais de gênero, interagem de forma a aumentar e/ou explicar essa suscetibilidade entre as mulheres⁸⁻⁹. Nesta perspectiva, acredita-se que os papéis femininos tradicionais como o papel de esposas, mães e filhas, bem como o de cuidadora, quando aliados a fatores sociais que envolvem desemprego, situação de violência e condições precárias de vida e saúde, contribuem para o adoecimento psíquico das mulheres.

Esta situação pode relevar-se mais agravada em determinados contextos socioculturais, como as cidades rurais do Nordeste brasileiro. Com baixa densidade demográfica (a maioria com menos de 20.000 habitantes), as cidades rurais, em geral, apresentam estrutura e organização deficitária em termos de oferta e consumo de serviços, com grande parte de sua população caracterizando-se por baixa escolaridade e rendimento¹⁰⁻¹¹. A falta de oportunidades de trabalho nestas localidades, por exemplo, ainda é sinônimo de êxodo, especialmente entre os mais jovens. Entre a população de baixo rendimento ainda é frequente o abandono escolar diante da necessidade de ajudar no sustento da família¹⁰. No caso das mulheres, grande parte dessa ajuda está ligada ao trabalho doméstico (seja na própria casa ou na de terceiros) e à agricultura^{8,12}.

Em termos de estrutura em saúde, a maioria destas cidades dispõe apenas de serviços primários, fazendo com que sua população precise se deslocar para cidades maiores em busca de atendimentos mais complexos¹⁰. No tocante aos cuidados em saúde mental, há poucos serviços e menor volume de recursos destinados ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais nestas localidades¹². Para os casos considerados mais leves, o tratamento, na maioria das vezes, resume-se à assistência medicamentosa ou encaminhamentos para especialistas, mostrando deficiências na rede local de cuidados em saúde mental e as dificuldades dos profissionais dos serviços primários em lidar com estas formas de sofrimento^{8,11}.

Em cidades rurais, sobretudo da região Nordeste do Brasil, as diferenças nos papéis femininos e masculinos assumem características culturais patriarcais acentuadas. A construção identitária do homem nordestino

é marcada pela ideia de virilidade e de masculinidade, enquanto a imagem da mulher nordestina está associada à sensibilidade, fragilidade e submissão¹³. Leite et al.⁸ entendem que as construções sociais sobre os gêneros colaboram para o modo como homens e mulheres expressaram seus sofrimentos, notadamente no que se refere aos Transtornos Mentais Comuns. Para esses autores, a maior prevalência de TMC entre as mulheres está associada às diferenças de gênero. Em geral, as mulheres têm que conciliar, cotidianamente, as demandas de trabalho, o cuidado com filhos e as responsabilidades do lar, com remuneração no mercado de trabalho inferior à dos homens⁸, ainda que exercendo as mesmas funções. Nesse contexto, viver em cidade rurais, sob tais condições, pode ser fator de vulnerabilidade à saúde mental das mulheres.

Levando em consideração os reduzidos estudos que abordam a prevalência dos TMC em contextos rurais, principalmente na região do Nordeste do Brasil, esse estudo teve por objetivo analisar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns em mulheres residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba/Brasil e a associação dos TMC com os aspectos socioeconômicos, vivência de violência doméstica e cuidados em saúde mental.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva, transversal e com abordagem quantitativa. Participaram 608 mulheres com idades variando de 18 a 83 anos ($43 \pm 14,64$) residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba, que possuíam número populacional de até dez mil habitantes. A escolha dos participantes se deu de forma não probabilística e acidental, as quais foram abordadas em espaços públicos como praças e logradouros ou em residências. O período de coleta ocorreu entre novembro de 2014 a janeiro de 2016.

Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico com vista a caracterizar as participantes em termos de idade, estado civil, nível de escolaridade, entre outras características laborais e socioeconômicas. Também foram incluídas variáveis relacionadas à vivência de violência doméstica e cuidados em saúde mental. Além disso, foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire-20*, instrumento criado pela OMS¹⁴ para a detecção dos TMC na população geral, especialmente

nos cuidados primários. Trata-se de um instrumento já adaptado e validado no Brasil por Gonçalves, Stein e Kapczinski¹⁵.

Ao serem abordadas, as participantes foram informadas acerca dos objetivos do estudo. Depois, seguiu-se com a aplicação individual dos instrumentos, que foi realizada por três pesquisadores, previamente treinados. O procedimento de coleta ocorreu de março a setembro de 2016.

Os dados foram analisados por meio do *software SPSS for Windows* versão 18. Para as variáveis do questionário sociodemográfico foram realizadas estatísticas descritivas, utilizando-se distribuição de frequências, medidas de tendência central (Média) e de variabilidade (Desvio Padrão). Pelo fato do SRQ-20 se tratar de um instrumento de rastreio, com respostas dicotômicas do tipo sim e não, o ponto de corte estabelecido para a possível presença de TMC foram valores afirmativos superiores a 7 (sete)¹⁴.

Foram realizadas distribuições de frequências para os sintomas apresentados, além da identificação da média de respostas afirmativas obtidas. Para análises da relação entre TMC e as variáveis de interesse, foram feitas análises bivariadas por meio de testes de independência e associação (Testes do Qui-quadrado e Razão de prevalência), bem como a análise de regressão logística, tendo em vista verificar as principais variáveis preditoras ao aparecimento dos TMC entre as mulheres participantes da pesquisa para nível de significância $p < 0,05$.

Quanto aos procedimentos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (CAAE: 18083113.0000.5176). Durante a condução do estudo, foram obedecidos todos os aspectos éticos necessários, garantindo-se, principalmente, a participação voluntária e o sigilo das informações por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A prevalência de TMC entre as participantes foi de 31,6% ($10,85 \pm 2,45$). Os principais sintomas apresentados pelas mulheres foram aqueles referentes ao humor depressivo e ansioso como nervosismo/tensão/preocupação constante (87%) e tristeza (69,8%); e às queixas somáticas como, por exemplo, sensações desagradáveis no estômago (69,8%), dores de cabeça frequentes (66,1%) e

insônia (62%).

Os dados evidenciaram maiores frequências de sintomatologias relacionadas à presença de TMC entre as mulheres separadas/divorciadas (39%); trabalhadoras no comércio (34,3%); com Ensino Fundamental (33,1%); rendimento de até um salário mínimo (37,8%); aposentadas (32,1%) e de religião protestante (33%). Apenas a variável rendimento apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as frequências apresentadas para com a presença de TMC ($\chi^2(\text{gl})=3,951(1)$; $p = 0,047$). A razão de prevalência de sintomatologias para o TMC entre as mulheres que afirmaram ganhar até um salário mínimo foi 1,75 vezes maior (IC95% = 1,11-2,39) do que entre as mulheres que afirmaram ganhar acima de dois salários mínimos. A Tabela 01 reporta estes dados detalhadamente.

Em seguida, procurou-se verificar se a vivência de violência doméstica estaria relacionada a maiores prevalências de TMC entre as mulheres investigadas. Os resultados demonstraram uma proporção duas vezes maior (RP = 2,12; IC95% = 1,62-2,75) de sintomatologias dos TMC entre as mulheres que afirmaram ser vítima deste tipo de violência, sendo esta diferença estatisticamente significativa para um nível de significância $p < 0,001$, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Já em termos de relação com variáveis de cuidados em saúde, foram verificadas maiores sintomatologias relacionadas à presença de TMC entre as mulheres que afirmaram estar ou ter passado nos últimos meses por situação estressora (43,4%), terem relatos de familiares com a manifestação dos mesmos sintomas (41,4%), estarem em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (43,9% e 58,5%, respectivamente) e que fazem uso de medicação psicotrópica (65,3%). Todas estas variáveis apresentaram relação estatisticamente significativa para com a presença de TMC ($p < 0,05$). Cabe destacar que o fato das mulheres que afirmaram estar ou ter passado recentemente por situação estressora apresentou uma razão de prevalência duas vezes maior (RP = 2,19; IC95% = 1,60-2,84) para a presença de TMC que aquelas que responderam negativamente. Esses dados são apresentados na tabela a seguir.

Procurou-se também comparar a prevalência de TMC entre o grupo de mulheres com idade maior ou igual a 50 anos com o grupo de mulheres com idade menor que 50 anos. A Tabela 04 a seguir mostra que, apesar das

mulheres do primeiro grupo terem apresentado maior porcentagem de sintomatologias de TMC (34,5%) do que as do segundo (30,2%), a diferença entre as frequências apresentadas pelos grupos não foi estatisticamente significativa ($p = 0,281$). Assim, a variável maior idade não se apresentou como fator de risco para os TMC nesta amostra de mulheres (RP = 1,14; IC95% = 0,89-1,46). Todavia, foi verificada diferença significativa para o uso de medicamentos psicotrópicos entre estes grupos, com as mulheres de maior idade fazendo o uso mais frequente ($\chi^2(\text{gl})=5,813(1)$; $p = 0,016$). A razão de prevalência no uso de medicamento psicotrópico foi 1,7 maior entre as mulheres de maior idade do que entre as mulheres com idades inferiores a 50 anos (IC95% = 1,10-2,61).

Para verificar quais variáveis seriam preditoras da presença de TMC nas mulheres residentes de cidades rurais, foi realizada uma regressão logística com as variáveis que mostraram dependência para com os TMC por meio dos testes do qui-quadrado, a saber: rendimento; vítima de violência doméstica; vivência de situação estressora; e antecedente familiar para sofrimento psíquico (exceção para as variáveis relacionadas ao atendimento psicológico e psiquiátrico e uso de medicamento psicotrópico por entender que estas se configuram como consequências e não como variáveis antecessoras ao sofrimento psíquico). Ademais, para identificar uma possível interação entre as variáveis, também foram incluídas as variáveis “escolaridade” e “faixa etária”.

Análises iniciais do modelo de regressão mostraram que a introdução das variáveis de interesse permitiu uma melhora significativa na predição da probabilidade de ocorrência de TMC na amostra investigada ($\chi^2(12)=71,107$; $p < 0,001$), indicando a existência de variáveis relevantes para esta explicação. A probabilidade de ajustamento do modelo aumentou de 68,4% para 72,3% com a introdução destas variáveis que explicaram 21% da variância ($R^2=0,209$).

Permaneceram no modelo final proposto da regressão as variáveis: vítima de violência doméstica e vivência de situação estressora, bem como a interação das variáveis faixa etária e antecedentes familiares para sofrimento psíquico e rendimento e escolaridade. Assim, ser vítima de violência doméstica, estar ou ter vivenciado recentemente uma situação estressora, ter mais de 50 anos com antecedentes familiares com sintomatologias associadas aos TMC e ter Ensino Médio com rendimen-

tos entre um e dois salários mínimos apresentaram-se como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologias ligadas aos TMC entre as mulheres investigadas. A Tabela 05 a seguir apresenta estes dados detalhados.

Tabela 1. Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres participantes e relação de independência segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	TMC		Total	$\chi^2(\text{gl})^{**}$	Valor-p ^{***}	RP	IC95%
	Mulheres com TMC n(%)	Mulheres sem TMC n(%)					
Estado Civil							
Solteira	28(31,8%)	60(68,2%)	88	1,265(3)	0,737	-	-
Casada	133(30,6%)	301(69,4%)	434				
Separada/divorciada	16(39%)	25(61%)	41				
Viúva	12(30%)	28(70%)	40				
Total	189(31,6%)	414(68,7%)	603				
Escolaridade							
Ensino Fundamental	118(33,1%)	239(66,9%)	357	1,262(1)	0,261	-	-
Ensino Médio	49(29,5%)	117(70,5%)	166				
Ensino Superior	22(27,5%)	58(72,5%)	80				
Total	189(31,3%)	414(68,7%)	603				
Renda							
Até 01 salário mínimo	70(37,8%)	115(62,5%)	185	3,951(1)	0,047	1,75	1,11 - 2,39
Entre 1 e 2 salários	94(32,1%)	199(67,9%)	293			1,48	0,74 - 2,01
Acima de 2 salários	08(21,6%)	29(78,4%)	37			*	
Total	172(33,4%)	343(66,6%)	515				
Profissão/Atividade							
Donas-de-casa	38(30,4%)	87(69,6%)	125	0,526(4)	0,971	-	-
Agricultoras	52(29,7%)	123(70,3%)	175				
Comércio	24(34,3%)	46(65,7%)	70				
Servidor público	38(30,2%)	88(69,8%)	126				
Outras	11(30,6%)	25(69,4%)	36				
Total	163(30,6%)	369(69,4%)	532				
Situação laboral							
Empregada	66(29,3%)	159(70,7%)	225	0,442(2)	0,802	-	-
Desempregada	51(28,5%)	128(71,5%)	179				
Aposentada	35(32,1%)	74(67,9%)	109				
Total	152(29,6%)	361(70,4%)	513				
Religião							
Católica	150(31,6%)	325(68,4%)	475	1,688(1)	0,430	-	-
Evangélica	37(33%)	75(67%)	112				
Outra	01(15,4%)	11(84,6%)	13				
Total	189(31,5%)	411(68,5%)	600				

RP = Razão de prevalência; *Grupo de referência; **Testes de independência do Qui-quadrado (valores do *Pearson Chi-square* para as variáveis nominais e valores do *Linear-by-Linear Association* para variáveis ordinais); ***p < 0,05; IC = Intervalo de confiança.

Tabela 2. Prevalência de TMC entre as mulheres participantes e sua relação com a variável vítima de violência doméstica (N = 602)

Vítima de Violência doméstica	TMC		Total	$\chi^2(\text{gl})^{**}$	Valor p ^{***}	RP	IC(95%)
	Mulheres com TMC n(%)	Mulheres sem TMC n(%)					
Sim	29(60,4%)	19(39,6%)	48(100%)	20,987	0,001	2,12	1,62 - 2,75
Não	158(28,5%)	396(71,5)	554(100%)				
Total	187(31,1%)	415(68,9%)	602(100%)				

RP = Razão de prevalência;

*Grupo de referência;

** Teste de independência do Qui-quadrado;

*** p < 0,05.

Tabela 03. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres participantes e sua relação com variáveis de cuidados em saúde mental

Variáveis	TMC		Total	$\chi^2(\text{gl})^{**}$	Valor p ^{***}	RP	IC(95%)
	Mulheres com TMC n(%)	Mulheres sem TMC n(%)					
Vivência de situação estressora							
Sim	131(43,4%)	171(56,6%)	302(100%)	38,913	0,001	2,19	1,60 - 2,84
Não	60(19,8%)	243(80,2%)	303(100%)				
Total	191(31,6%)	414(68,4%)	605(100%)				
Antecedentes familiares para TMC							
Sim	79(41,4%)	112(58,6%)	191(100%)	12,304	0,001	1,53	1,21 - 1,92
Não	111(27,1%)	299(72,9%)	410(100%)				
Total	190(31,6%)	411(68,4%)	601(100%)				
Atendimento psicológico							
Sim	43(43,9%)	55(76,1%)	98(100%)	7,594	0,006	1,48	1,14 - 1,92
Não	149(29,7%)	353(70,3%)	502(100%)				
Total	192(32%)	408(68%)	600(100%)				
Atendimento Psiquiátrico							
Sim	24(58,5%)	17(41,5%)	41(100%)	15,066	0,001	1,99	1,49 - 2,65
Não	164(29,4%)	394(70,6%)	558(100%)				
Total	188(31,4%)	411(70,6%)	599(100%)				
Uso de medicamento psicotró- pico							
Sim	47(65,3%)	25(34,7%)	72(100%)	42,174	0,001	2,39	1,92 - 2,97
Não	144(27,3%)	384(72,7%)	528(100%)				
Total	191(31,8)	409(78,2%)	600(100%)				

RP = Razão de prevalência;

*Grupo de referência

** Teste de independência do Qui-quadrado;

*** p < 0,05

Tabela 4. Prevalência de TMC e uso de medicamento psicotrópico entre as mulheres participantes segundo faixa etária

Faixa etária	TMC		Total	$\chi^2(\text{gl})^{**}$	Valor p ^{***}	RP	IC95%
	Mulheres com TMC n(%)	Mulheres sem TMC n(%)					
Maior ou igual a 50 anos	68(34,5%)	129(65,5)	197(100%)	1,163(1)	0,281	-	-
Menor que 50 anos	124(30,2%)	287(69,8%)	411(100%)				
Total	192(31,6)	416(68,4%)	608(100%)				
	Medicamento psicotrópico		Total	$\chi^2(\text{gl})^{**}$	Valor p ^{***}	RP	IC95%
	Uson(%)	Não uso n(%)					
Maior ou igual a 50 anos	32(16,7%)	160(83,3%)	192(100%)	5,813(1)	0,016	1,7	1,1 - 2,6
Menor que 50 anos	40(9,8%)	368(90,2%)	408(100%)				
Total	72(12%)	528(88%)	600(100%)				

RP = razão de prevalência.

*Grupo de referência.

** Testes de independência do Qui-quadrado (valores do *Linear-by-Linear Association* para variáveis ordinais).

*** p < 0,05.

Tabela 5. Variáveis predictoras para maiores prevalências de TMC (Regressão logística)

Variáveis	B	Valor-p	OR	IC (95%)
Vítima de violência doméstica	0,950	0,013	2,58	1,23 - 5,45
Situação estressora	1,076	0,001	2,93	1,85 - 4,65
Acima dos 50 anos e ter antecedente familiar com sofrimento psíquico	1,379	0,007	3,96	1,45 - 10,86
Ensino médio com renda entre um e dois salários mínimos	1,410	0,008	4,09	1,44 - 11,66
R ² =0,209				

R² de Nagelkerke; OR = Odds Ratio; IC (Intervalo de Confiança); p < 0,05.

A interação entre ter mais de 50 anos e ter antecedentes familiares com sintomas de TMC aumentou em 3,96 as chances das mulheres investigadas apresentarem TMC (OR=3,96; IC95%=1,45-10,86). O efeito parcial da idade sobre a presença de TMC foi de 3,08. Assim, comparando-se as diferenças de idade entre as mulheres com antecedentes familiares para os TMC, ter idade igual ou superior a 50 anos aumentou em pouco mais de três vezes a chance destas mulheres possuírem TMC que as mulheres com menos de 50 anos, mantendo-se constantes todas as demais variáveis. Já o efeito parcial da variável ter antecedente familiar com sintomas de TMC foi de 4,99. Neste sentido, entre as mulheres com mais de 50 anos, ter antecedentes familiares com TMC aumentou em quase cinco vezes as chances de virem a apresentar tam-

bém TMC do que se não tivessem antecedentes familiares com os mesmos sintomas, mantendo-se constantes todas as demais variáveis.

Ter cursado o Ensino Médio e ter rendimentos entre um e dois salários mínimos, interação de variáveis com maior predição, aumentou em mais de quatro vezes (OR=4,09; IC95%=1,44-11,66) as chances das mulheres apresentarem sintomatologias ligadas aos transtornos investigados, mantendo-se constante as demais variáveis explicativas. O efeito parcial da escolaridade sobre a presença de TMC foi de 1,57 mantendo-se todas as variáveis constantes. Assim, comparando-se a diferença de escolaridade no grupo de mulheres com rendimento entre um e dois salários mínimos, as mulheres com Ensino Médio

têm 57% de chances de ter TMC que as demais, mantendo-se constante as demais variáveis. No que toca ao rendimento, seu efeito parcial foi de 1,51 sobre a presença de TMC. Ao se comparar a diferença de rendimento entre as mulheres com ensino médio, as que disseram possuir rendimento entre um e dois salários mínimos tiveram 51% de chances de apresentar TMC que as demais, mantendo-se todas as demais variáveis constantes.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC encontrada entre as mulheres participantes foi significativa tomando por base estudos anteriores realizados no país com outros grupos populacionais^{1,5,7,16}. No contexto rural do Nordeste brasileiro, pesquisa realizada por Costa, Dimenstein e Leite¹⁷ com mulheres residentes em assentamento rural já havia apontado índice de TMC igual a 43,6%, reafirmando que a associação do gênero feminino a variáveis socioeconômicas como pobreza e condições precárias de trabalho, características da maioria dos contextos rurais do Nordeste, tendem a contribuir para o risco maior de desenvolvimento de TMC entre as mulheres ali residentes, mostrando a necessidade de maiores atenções e cuidados relacionados à saúde mental desta população.

A manifestação de queixas somáticas e humor depressivo e ansioso como os principais conjuntos de sintomas expressos por estas mulheres também corroborou observações anteriores sobre o fenômeno entre a população feminina^{01,18}. Assim, é comum o fato de as mulheres refletirem no corpo as dificuldades, as tensões e os conflitos vivenciados no dia-a-dia, pois, parte-se da concepção biomédica de que é a vivência “real”, objetivada do sofrimento, que dá sentido ao padecer de uma doença e a procura por cuidados em saúde²⁰.

Além disso, papéis masculinos e femininos patriarcais tradicionais trazem imbuídas crenças arraigadas de que “homem que é homem não adoce”, o “homem é forte”, sendo o adoecimento e a prática de prevenção e/ou promoção de saúde “coisa de mulher”, nomeadamente quando se trata de questões psíquicas. Tais crenças exercem, inclusive, influência direta na observação de diferenças em torno dos diagnósticos psiquiátricos

entre os gêneros, quando se constata sintomatologias e transtornos mais comuns para mulheres (como, por exemplo, os transtornos de humor e alimentares) e para homens (como os transtornos relacionados ao uso nocivo de substâncias psicoativas ou distúrbios antissociais)¹⁹. Neste sentido, a expressão de dores, tristeza e angústia, bem como a busca por cuidados em saúde são tidas como características da “natureza” feminina e mais aceitas socialmente quando expressas pelas mulheres.

No que toca às variáveis sociodemográficas, apesar de somente ter sido observada associação estatisticamente significativa entre a variável rendimento e maior prevalência de TMC, alguns pontos merecem atenção. A observação de mais sintomatologia entre as mulheres com baixa escolaridade e rendimento, separadas ou divorciadas e trabalhadoras no comércio, por exemplo, reforça a influência dos fatores socioeconômicos e da precariedade de trabalho na saúde mental das pessoas^{5,8-09,12}.

Nas pequenas cidades brasileiras, deficiências na oferta e acesso à educação de qualidade, bem como a existência de um mercado de trabalho reduzido, fazem com que muitas famílias que ali residem enfrentem o desemprego e vivam em condições de pobreza. O comércio, em sua grande maioria de natureza informal, a exemplo das feiras livres, apesar de restrito e voltado ao consumo interno, apresenta-se como uma alternativa ao desemprego e à baixa qualificação da população nestas localidades²⁰⁻²¹. Todavia, a precariedade, característica deste setor de trabalho, gera sentimentos de angústia e estresse para algumas pessoas, podendo ser fator de adoecimento e sofrimento mental²²⁻²³.

Foi evidenciado que o rendimento (renda familiar) e sua relação com o gênero, a falta deste ou ter ganhos mensais de um salário mínimo, podem contribuir para vivências de submissão feminina. No cenário rural, muitas mulheres vivem sob dependência financeira, seja da família (muitas contando com auxílio de pais/sogros/parentes), do marido ou dos programas de transferência de renda do governo. Este último, apesar de se constituir em um instrumento político voltado para tal emancipação, nem sempre assume este papel, especialmente entre as mulheres extremamente pobres, cuja renda familiar deriva unicamente deste benefício e por ser oferecido de acordo com condicionalidades a serem cumpridas, tende

a reforçar a perpetuação do papel feminino à função materna para a sua garantia²⁴⁻²⁵.

Entre aquelas em relação conjugal, essa dependência pode contribuir para que permaneçam em relações já desgastadas, que muitas vezes desembocam em situação de violência doméstica. Pesquisa realizada por Moura, Albuquerque Netto e Souza²⁶ com mulheres atendidas em delegacias especializadas mostrou que são as financeiramente dependentes que mais se silenciam diante da agressão, com medo de serem punidas ou abandonadas pelo agressor/companheiro.

A expressão de maior sintomatologia de TMC entre as mulheres separadas e ou divorciadas também lança luz sobre essa ideia patriarcal de dependência feminina, transfigurando-se esta, no entanto, em natureza subjetiva. Pesquisa realizada no Estado de Alagoas por Paffer, Ferreira, Cabral Jr. e Miranda²⁷ com mães de crianças com até 02 anos de idade mostrou que no contexto rural a falta de um companheiro também esteve associada a maior índice de TMC entre as mulheres, revelando que no cenário rural nordestino encontrar-se sozinha para cuidar dos filhos, quando associada à preocupação com melhores condições de vida, são determinantes de sofrimento psíquico entre algumas mulheres. Isso pode indicar que viver nesta conjuntura de pobreza e submissão (objetiva e/ou subjetiva) pode ser fonte de adoecimento mental para muitas mulheres que vivem nas pequenas cidades nordestinas.

Maiores prevalências entre aquelas que vivenciavam ou vivenciaram recentemente situações estressantes também foram observadas neste estudo. Assim, eventos de vida estressores, como separação conjugal, morte de familiares, desemprego, dificuldades financeiras, problemas de saúde, entre outros, demandam um olhar mais profundo dos profissionais de saúde, devendo estes considerar em suas práticas a forma como as pessoas vivenciam tais acontecimentos e como estes afetam sua saúde.

A prevalência de TMC também foi maior entre as mulheres que afirmaram ter antecedente familiar para os TMC, estar em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e fazer uso de medicamento psicotrópico. Com exceção da variável antecedente familiar, mais do que apontar uma possível relação de predição, as demais variáveis podem despontar como consequência da

expressão dos TMC para estas mulheres, acenando para a possível existência do reconhecimento dos profissionais de saúde sobre a necessidade de cuidado com relação ao sofrimento psíquico feminino, mesmo sendo este restrito à assistência medicamentosa¹.

Apesar da maior idade e/ou velhice ser apontada como uma variável preditora para os TMC²⁰, esta não se apresentou como fator de risco nas mulheres investigadas, apesar das mulheres com mais de 50 anos apresentarem mais sintomatologias que as mais jovens. Isto pode indicar que determinadas características/vivências predisponentes para os TMC nesta população estão presentes nos diferentes grupos etários, tornando estas mulheres, de maneira geral, vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologias ligadas aos TMC independentemente da idade. Contudo, o maior uso de medicamentos psicotrópicos pelas mulheres mais velhas mostra a importância que estes ainda assumem no cuidado à saúde mental na velhice e tende a reforçar nesta população a crença na cronicidade dos sintomas. Pode ainda encobrir outras comorbidades ou mesmo tratar determinados sintomas como próprios da velhice, não recebendo as devidas atenções dos profissionais da saúde.

Em geral, entre as variáveis analisadas, as que se apresentaram como preditoras dos TMC nesta amostra de mulheres foram aquelas que demonstraram certa relação com condições de vida e vivências de situações estressoras. No caso da violência doméstica e dos eventos estressores, sua relação com a presença de TMC já foi discutida neste estudo. Todavia, é possível que os casos de violência doméstica tenham sido subestimados. Considerações sobre negação, vergonha na admissão do fato, entre outros, podem estar mascarando tal realidade, devendo ser fatores a serem considerados, em especial, em culturas patriarcalistas opressoras como a que se encontra nas pequenas cidades do Nordeste brasileiro, que não só potencializam o estabelecimento de relações violentas como tendem a silenciá-las dentro dos lares. Outro fator que pode ter contribuído para encobrir os dados é que muitas mulheres associam à violência apenas a agressão física, não reconhecendo as ameaças verbais e psicológicas como sendo vivências de violência.

Com relação à interação entre ter mais de 50 anos e ter antecedente familiar para sintomatologias psi-

quicas como preditora dos TMC nesta amostra de mulheres, pode-se tecer algumas considerações. Em termos de análises de gênero, é sabido da importância do papel das mulheres como as principais representantes do cuidado dentro da esfera familiar, entre os quais encontra-se o cuidado em saúde mental²⁸. Tal fato fundamenta-se em características inerentes ao próprio cuidado como gentileza, sensibilidade, paciência, amor e devoção tidas como expressão da natureza feminina. Sabe-se também o quão é desgastante esta função, especialmente se somada à sobrecarga advinda das demais funções domésticas e familiares ou quando não se encontra uma rede de apoio social que possibilite um melhor cuidado do outro e de si²⁸. Assim, é possível que muitas das mulheres investigadas estejam enfrentando estas condições há tempo considerável e que estas sejam uma das razões para a expressão de mais sintomatologias ligadas aos TMC entre as mulheres mais velhas.

Já no tocante à interação entre ter o ensino médio e rendimento entre um e dois salários mínimos, é possível afirmar que em um cenário onde predomina a baixa escolaridade, ter mais anos de estudo quando associado à baixa remuneração pode ser fator desencadeante para maior sofrimento mental. Apesar das mais sintomatologias ligadas aos TMC terem sido observadas entre as mulheres com ensino fundamental, as mulheres com ensino médio podem perceber melhor as dificuldades por elas enfrentadas na obtenção de espaços de trabalho e rendimentos dignos que possam melhorar suas condições de vida, o que pode justificar essa associação. Assim, se por um lado, observa-se que baixa escolaridade se constitui em fator de risco para os TMC^{5,7-9}, por outro, deve-se entender que maior escolaridade, para ser fator de proteção, deve ser acompanhada de melhores oportunidades de emprego e melhorias na qualidade de vida das pessoas.

CONCLUSÃO

O presente estudo veio chamar a atenção para o elevado índice de TMC entre as mulheres que vivem nestas localidades em um dado contexto do Nordeste do Brasil. O fato de variáveis como violência doméstica,

eventos estressores, escolaridade e rendimentos médios apresentarem-se como fatores preditores para os TMC na amostra de mulheres investigada, evidencia a necessidade de promoção de políticas públicas sociais nestes locais de forma a garantir melhorias não só nos cuidados à saúde, mas também nas condições de vida desta população específica. Neste sentido, este estudo afirma a importância de tais fatores serem considerados nas práticas dos profissionais da atenção primária em saúde, de forma a subsidiar ações locais de prevenção mais efetivas na área da saúde mental.

Diante do que foi encontrado, acredita-se que seja possível que as cidades de pequeno, médio e grande portes brasileiras, bem como outras regiões, retratem diferenças culturais importantes no que tange à saúde mental de sua população, se analisados e comparados, por exemplo, fatores inerentes a essas localidades que exercem influências seja na adoção de comportamentos salutaros, na busca e utilização de serviços de saúde, nas relações sociais ou mesmo no cotidiano e no viver de sua população. Em termos de saúde mental, tais comparações também podem indicar diversos fatores socioeconômicos e de gênero que contribuem para maiores vulnerabilidades na população feminina.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa; à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutoramento concedida à primeira autora e aos alunos-pesquisadores do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde pela ajuda na coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Borges, TL, Kathleen M H, Miaso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015; 38: 195-201.

2. Silva-Junior JS, Fischer FM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015; 18 (4): 735-744.
3. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015; 20 (3): 689-699.
4. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
5. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014; 30 (9): 1875-1883.
6. Goldberg D, Goodyer I. *The origins and course of common mental disorders*. Routledge: London & New York; 2005.
7. Souza LPS, Barbosa BB, Silva CSO, Souza AG, Ferreira TN, Siqueira LG. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2017; (18): 59-66.
8. Leite JF, Dimenstein M, Macedo JPS, Dantas CB, Silva EL, Sousa AP. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2017; 35 (2), 301-316.
9. Silva E, Dimenstein M, Leite JF, Macedo JP, Dantas CMB, Torquato J, Silva M, Belarmino VH, Cirilo Neto M, Sousa AP. Saúde mental, condições de vida e gênero: transtornos mentais comuns em assentamentos rurais. In: Dimenstein M, Leite J, Macedo JPS, Dantas C, Orgs. *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios; 2016. p. 247-278.
10. Silva J, Pichelli AAWS, Furtado FMS. O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In: Carvalho CMRG, Araújo, LF. Orgs. *Envelhecimento e práticas gerontológicas*. Curitiba: CRV - coedição: Teresina: EDUFPI; 2017. p. 291-310.
11. Cirilo Neto M, Dimenstein M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37 (2), 461-474.
12. Furtado FMSF. *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas* [Tese de Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016.
13. Brilhante AVM, Moreira GAR, Vieira LJS, Silva RM, Catrib AMF. O “macho nordestino” em formação: sexualidade e relações de gênero entre adolescentes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015; 28 (4): 471-478.
14. Mari JJ, Williams P. Comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985; 15: 651-659.
15. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (1): 380-390.
16. Silva PAS, Rocha SV, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciencia & saude coletiva*. 2018; 23 (2): 639-646.
17. Costa MG, Dimenstein M, Leite JF. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015; 24 (1): 13-28.
18. Soares JDSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22 (66): 789-800.
19. Alves TM. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. *Working Paper*. 2017; 2 (3): 1-22.
20. Freitas PVN. *O circuito inferior e o meio construído nas pequenas cidades do Seridó Ocidental Paraibano* [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2013.

21. Gomes R. Pequenas cidades e dinâmicas de inserções no processo de globalização: uma leitura a partir da realidade brasileira. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*. 2012; 2 (1): 117-138.
22. Mascarenhas MS. Aspectos psicossociais do trabalho e transtorno mentais comuns entre trabalhadores informais feirantes [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014.
23. Santos DR, Mesquita AA. Avaliação das condições de trabalho e sofrimento psíquico em camelôs. *Revista Psicologia e Saúde*. 2016; 8 (2): 29-42.
24. Souza LP. Gênero: dimensão contemplada no Bolsa Família? *Textos & Contextos*. 2017; 16 (1), 83-99.
25. Morton GD. Acesso à permanência: diferenças econômicas e práticas de gênero em domicílios que recebem Bolsa Família no sertão baiano. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*. 2013; 38 (1): 43-67.
26. Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Esc Anna Nery*. 2012; 16 (3): 435-442.
27. Paffer AT, Ferreira HS, Cabral Júnior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Medical Journal*. 2012; 130 (2): 84-91.
28. Oliveira EN, Eloia SMC, Lima DS, Eloia SC, Linhares AMF. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2017; 9 (1): 71-78.

Recebido em: 05/10/2018

Aceito em: 28/12/2018