

doi: 10.15446/rcp.v24n1.41968

Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas

MARIA DA GRAÇA COSTA

MAGDA DIMENSTEIN

JÁDER LEITE

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons "reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas" Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Como citar o artigo: Costa, M. da G., Dimenstein, M., & Leite, J. (2015). Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 13-29. doi:10.15446/rcp.v24n1.41968

A correspondência relacionada com este artigo deve estar dirigida a Magda Dimenstein, e-mail: magda@ufrnet.br. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Depto. de Psicologia, CCHLA, Campus Universitário Lagoa Nova, CEP: 59078970, Natal/RN, Brasil.

ARTIGO DE PESQUISA CIENTÍFICA

RECEBIDO: 8 DE FEVEREIRO DE 2014 – ACEITO: 30 DE SETEMBRO DE 2014

Resumo

Neste estudo, pesquisou-se sobre as estratégias de cuidado e apoio psicossocial oferecidas a mulheres adultas residentes de assentamentos rurais do Brasil. Aplicou-se o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e entrevistas semiestruturadas com as quais foram apresentadas hipóteses positivas de TMC. Os resultados indicaram que, apesar da alta prevalência de TMC (43,6%), essas mulheres não recorrem à rede de saúde para abordar essas questões e o único recurso oferecido na atenção primária é a prescrição com ansiolíticos. A religiosidade e o trabalho se destacam como as estratégias mais importantes para o apoio à saúde mental dessas mulheres.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, atenção primária de saúde, assentamentos rurais, cuidado em saúde mental, gênero.

Estrategias de Cuidado y Soporte en Salud Mental Entre Mujeres Asentadas

Resumen

En este estudio se investigó acerca de las estrategias de cuidado y apoyo psicossocial brindadas a mujeres adultas residentes de asentamientos rurales de Brasil. Se aplicó el Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificar la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC) y entrevistas semiestruturadas con las que se presentaron hipótesis positivas de TMC. Los resultados señalaron que, a pesar de la alta prevalencia de TMC (43,6%), estas mujeres no acceden a la red de salud para abordar estas cuestiones y el único recurso ofrecido en la atención primaria es la prescripción de ansiolíticos. La religiosidad y el trabajo se destacan como las estrategias más importantes para el apoyo a la salud mental de estas mujeres.

Palabras clave: trastornos mentales comunes, atención primaria de salud, asentamientos rurales, cuidado en salud mental, género.

Strategies for Mental Health Care and Support for Women From Rural Settlements

Abstract

The objective of this study was to examine the strategies for psychosocial care and support offered to adult women residing in rural settlements in Brazil. The Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) was administered in order to identify the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and semi-structured interviews were carried out, which revealed positive CMD hypotheses. Results showed that despite the high prevalence of CMD (43.6%), these women do not turn to the health network to address these issues and that the sole resource offered by primary healthcare is the prescription of anxiolytic drugs. Religion and work stand out as the most important support strategies for the mental health of these women.

Keywords: mental disorders, primary healthcare, rural settlements, mental health care, gender.

OS ASSENTAMENTOS rurais são propriedades agrícolas, resultantes de políticas públicas federais, estaduais e/ou municipais, que objetivam a redistribuição de terra, reduzir a alta concentração fundiária, e buscam beneficiar os trabalhadores rurais sem-terra e/ou aqueles com pouca terra (Furtado & Furtado, 2000). Eles têm grande impacto na área rural do país e levam ao traçado de estradas, o que induz à formação de novos aglomerados populacionais, muda o padrão produtivo e levanta novas demandas ante o poder público, por se tornarem espaços de concretização de uma série de políticas públicas que melhoram a condição de vida e trabalho da população (Leite, Heredia, Medeiros, Palmeira, & Cintrão, 2004). No entanto, a maior parte da população assentada ainda enfrenta problemas de acesso aos equipamentos de saúde e educação, e tem uma cobertura insatisfatória na atenção primária por parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Devido à situação de grande precariedade social, econômica, laboral e sanitária em que vive a população assentada —e os residentes nas áreas rurais brasileiras como um todo—, esses grupos representam uma parcela da população que possui risco substancialmente maior para o surgimento de inúmeros problemas de saúde. Apesar da relativa escassez de investigações referentes à saúde mental desses grupos, alguns estudos têm mostrado que as populações rurais são mais suscetíveis ao uso abusivo de álcool e tabaco (Gomes, 2003; Oliveira, 2012) e ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns —TMC— (Costa & Ludermit, 2005; Faria, Fachini, Fassa, & Tomasi, 2000), expressão criada por Golberg e Huxley (1992) para caracterizar quadros sintomáticos não psicóticos e sem patologia orgânica associada, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Segundo Guimarães et al. (2005), os TMC, seguidos pelo uso abusivo de álcool, representam

uma das maiores demandas de atenção em saúde mental nas classes populares. Sem embargo, é preciso compreender os TMC “para além da individualização do problema, ampliando o foco do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e condições de vida” (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008, p. 286). Ludermit e Melo Filho (2002) destacam que estudos epidemiológicos têm verificado a associação entre TMC e variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional, em que há uma prevalência de TMC significativamente mais alta entre pessoas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade econômica e psicossocial.

Fatores como baixa escolaridade e gênero feminino quando associados à pobreza e à condição precária de trabalho aumentam, sobremaneira, o risco de desenvolvimento de TMC, de forma que vários estudos epidemiológicos realizados em áreas rurais e urbanas apontam para um índice de prevalência expressivamente maior entre as mulheres (Ludermit, 2000; Silva & Santana, 2012).

Os riscos à saúde relativos às questões de gênero são múltiplos e interligados. Muitos surgem da maior exposição das mulheres à pobreza, discriminação e desvantagem socioeconômica: as mulheres constituem cerca de 70% dos pobres do mundo e ganham significativamente menos do que os homens em trabalhos remunerados de mesma natureza (World Health Organization — WHO, 2001a). Dentre alguns outros fatores relacionados à maior prevalência de TMC entre mulheres, estão as iniquidades de gênero no acesso à educação (Ludermit & Melo Filho, 2002); violência doméstica e sexual (Ludermit, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior, & Jansen, 2008); inserção precária no mercado de trabalho (Ludermit, 2000); sobrecarga do trabalho doméstico (Araújo, Pinho, & Almeida, 2005); e, no caso específico das mulheres do campo, a invisibilidade do trabalho feminino na agricultura familiar e o padrão rígido e assimétrico das

relações de gênero na área rural (Bonfim, Costa, & Lopes, 2013).

Na atenção primária à saúde, os TMC ainda são pouco detectados e tratados, o que resulta em sobrecarga para usuários, famílias e comunidades, além de trazer prejuízos sociais e econômicos, em longo prazo, ao sistema público de saúde. Como assinalam Araújo et al. (2005), têm-se observado que os indivíduos com TMC apresentam taxas de mortalidade mais altas e, em média, duas vezes mais queixas referentes à saúde física do que a população geral. Já Margano, Goldbaum, Giani, Novaes e Cesar (2006) apontam que, além de causarem intenso sofrimento psíquico, os TMC geram incapacidade funcional comparável, ou até pior, a quadros crônicos já estabelecidos. Esses dados mostram a magnitude da questão e fazem-nos refletir a respeito da melhor maneira de garantir o cuidado sobre os TMC, em especial no contexto dos assentamentos e comunidades rurais, onde, como já mencionado anteriormente, o acesso à rede de saúde é deficitário.

Aliada à dificuldade no acesso aos serviços de saúde, as populações assentadas são assistidas em um modelo de atenção à saúde que, muitas vezes, não dá conta de suas particularidades. Para Rigotto et al. (2012), as unidades de saúde, além de não garantirem o acesso às populações rurais, não consideram as especificidades dos processos produtivos instalados no território para planejar as ações e pautam suas práticas em programas verticais do Ministério da Saúde. Cohn (2001) argumenta que, quando se estabelecem políticas e programas de saúde baseados em parâmetros definidos por indicadores selecionados que definem grupos mais vulneráveis, cria-se uma realidade objetiva; no entanto, há um desconhecimento do modo de vida da população, bem como de questões culturais e subjetivas que definem os processos de saúde e adoecimento.

Até recentemente, a maioria das políticas públicas de saúde no Brasil persistiam em uma

visão restrita do rural concebido em oposição ao urbano. Não havia políticas e ações em saúde que levassem em conta a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços: diferentes sujeitos sociais, mobilidades populacionais, relações sociais, modos de produção, aspectos culturais e ambientais, formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas etc. (Ministério da Saúde, 2011).

Entendendo que as comunidades residentes em áreas rurais —designadamente aquelas que têm o seu modo de vida, produção e reprodução social ligados à terra— se constituem como coletivos cujas especificidades geram demandas particulares associadas às condições de vida e trabalho, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF). Essa política busca levar em conta as especificidades das diferentes populações rurais brasileiras que visam ao acesso integral e universal à saúde. No entanto, essa política ainda não apresenta resultados que possam ser percebidos nos serviços de ponta da rede.

Observa-se ainda que, a respeito da saúde mental, não há, em termos da política nacional em vigor, uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado para as populações do campo. A carência de atenção em saúde mental dessas populações é ainda mais acentuada devido à dificuldade da articulação de ações de cuidado à saúde mental na atenção primária e à escassez de serviços especializados e leitos de saúde mental na rede de atenção psicossocial das áreas rurais.

Diante desse cenário, conhecer as demandas de saúde mental de mulheres assentadas contribui para subsidiar a elaboração de programas e políticas públicas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis que levem em conta as especificidades da população rural. Em função disso, este estudo tem como objetivo investigar as estratégias de cuidado e suporte psicossocial ofertadas às mulheres moradoras de um

assentamento rural do Nordeste brasileiro, especialmente para aquelas que apresentam indicativo de TMC.

O assentamento onde a pesquisa foi realizada foi criado no ano de 2007, por meio do processo de luta que culminou na desapropriação da área ocupada. Foram identificados 195 moradores na comunidade que conta com o número de 61 famílias cadastradas pelo Instituto Nacional de Reforma Agrária (Incra). A maior parte dos assentados são agricultores e/ou criadores de animais; o sustento das famílias é, em sua maioria, proveniente da agricultura familiar de subsistência e de programas de assistência social do governo.

Além de possuir grandes precariedades estruturais, seus moradores estão sujeitos à instabilidade climática caracterizada pelos períodos de seca e estiagem; à escassez de recursos naturais; à não implementação e/ou mau uso das políticas de crédito agrícola e assistência técnica; ao transporte precário; entre outras questões.

Método

Atendendo à resolução 196/1996 do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sobre pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado com o protocolo no. 0428/2011, em 19 de dezembro de 2011. Foi fornecido às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual elas foram informadas a respeito dos objetivos, procedimento da pesquisa, da confiabilidade dos dados e do seu anonimato.

Participantes

Constituíram-se como população deste estudo todas as mulheres residentes no assentamento rural com idades acima de 18 anos que aceitaram participar da investigação.

Instrumentos

A pesquisa partiu de uma abordagem metodológica qualitativa que foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa da pesquisa, buscou-se rastrear casos indicativos de TMC entre todas as mulheres acima de 18 anos de idade que residissem no assentamento e aceitassem participar do estudo. Para o rastreamento em saúde mental, foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar casos de suspeita de TMC em populações de países em desenvolvimento. Ele é considerado um método de investigação rápido e de fácil administração e, embora não envolva detalhes diagnósticos, possibilita a mensuração do fenômeno em grupos populacionais (Araújo et al., 2005).

O instrumento consiste em 20 perguntas fechadas sobre o estado de saúde mental em que o sujeito se encontra nos últimos 30 dias. Cada item é pontuado de acordo com a presença ou não dos sintomas no último mês. As respostas afirmativas sinalizam a presença de sintomas e têm pontuação igual a 1, e as respostas negativas indicam ausência de sintomas e têm pontuação igual a 0. Em escores acima ou igual a 7 (sendo o escore máximo igual a 20), foi levantada a hipótese de TMC levando em consideração o critério empregado na maioria dos estudos nacionais que utilizam esse instrumento (Araújo et al., 2005; Ludermir & Melo Filho, 2002). O SRQ-20 pode ser autoaplicado, no entanto o instrumento foi aplicado individualmente em cada participante e considerou-se a baixa escolaridade da maioria das moradoras do assentamento, o que poderia acarretar dificuldades no entendimento das questões do instrumento.

Na segunda etapa da pesquisa, investigou-se como as mulheres com indicativo de TMC lidam com as questões relativas ao sofrimento psíquico e quais estratégias são utilizadas, tanto na rede de atenção primária quanto a partir de dispositivos

sociais e de apoio comunitário. Para tanto, foi formulado um roteiro de entrevista semiestruturada com 13 questões abertas organizadas nos seguintes blocos temáticos: (a) acesso à rede de atenção à saúde; (b) rede de suporte psicossocial e comunitário; (c) estratégias de cuidado. O roteiro também incluía questões sobre o perfil sociodemográfico das entrevistadas, tais como idade, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar.

Procedimentos

Inicialmente realizou-se um mapeamento das famílias do assentamento e das mulheres adultas da comunidade. Foram encontradas 61 mulheres acima de 18 anos, 55 delas aceitaram participar da etapa do rastreamento em saúde mental e responderam o SRQ-20. Deparou-se com um total de 24 mulheres que apresentaram suspeição diagnóstica de TMC (escore ≥ 7) e, dentre estas, 22 mulheres aceitaram participar da segunda etapa da pesquisa, quando foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma individual na casa de cada participante, registradas em gravação de áudio para posterior transcrição.

As falas das entrevistadas foram analisadas e categorizadas a partir da análise de conteúdo temático-categorial (Bardin, 1977). As categorias foram organizadas a partir dos blocos temáticos e a frequência com que essas categorias foram citadas no conjunto total das entrevistas analisadas.

Resultados e Discussão

A porcentagem de suspeição diagnóstica de TMC entre as participantes foi de 43.6%. Apesar de alta, ela se aproxima dos resultados encontrados entre outros estudos em populações rurais (Costa & Ludermir, 2005; Faria et al., 2000; Maciel, Rigotto, & Alves, 2011).

As mulheres entrevistadas encontram-se, em sua maioria, na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade (73.4%), são casadas ou vivem em união estável (73.9%); analfabetas ou têm baixa escolaridade (50%); agricultoras e donas de casa (82.6%); e tem renda familiar mensal de até um salário-mínimo (84.2%). Ao longo das entrevistas, identificaram-se algumas categorias que se repetiam e, assim, nortearam as análises. A Tabela 1 apresenta os blocos temáticos definidos a partir do roteiro de entrevistas e as categorias que apareceram de forma mais recorrente a partir da fala das 22 mulheres entrevistadas.

A partir da análise e categorização das entrevistas, percebe-se que, mesmo apresentando um número alto de sintomas e queixas referentes à saúde mental, essas mulheres não acessam a rede de atenção à saúde para tratar das questões relativas à saúde mental, apesar de afirmarem que sentem necessidade de algum tipo de assistência especializada para cuidar daquilo que elas denominam como “problema nos nervos”. Dentre as estratégias de cuidado e suporte, elas citaram com mais frequência a religiosidade e o

Tabela 1
Categorias mais frequentes

Categorias	f	%
Acesso à rede de atenção à saúde		
Não procuram serviços de saúde	7	31.8
Dificuldade de acesso/Não atende à demanda	4	18.1
Desconhecimento sobre a ESF	4	18.1
Procuram serviços de saúde	2	9
Rede de suporte psicossocial e comunitária		
Não contam com suporte comunitário	7	31.8
Família	2	9
Estratégias de cuidado		
Religião	10	45.4
Medicação	5	22.7
Trabalho	4	18.1
Outros	3	13.6

Nota: f = frequência de aparecimento nas respostas; % = frequência percentual ante o total de entrevistas.

trabalho, além de afirmarem que não há suporte comunitário para esse tipo de situação e contarem apenas com o apoio dos familiares mais próximos. A seguir, serão analisadas algumas dessas questões, trazidas a partir das falas das interlocutoras.

O Cuidado na Rede de Atenção Primária e Psicossocial

A OMS (WHO, 2001b), em suas 10 recomendações para a saúde mental no mundo, apontou a relevância da atuação da atenção primária à saúde para a promoção de saúde mental nas comunidades. Dentre essas recomendações, destaca-se a função das equipes de saúde básica no desenvolvimento de ações que visam ao rastreamento, encaminhamento e cuidado dos usuários que possuem demandas de saúde mental, dado o impacto assistencial e financeiro que essas demandas trazem para a saúde pública.

A literatura vem mostrando que a integração dos cuidados de saúde mental na atenção primária tem tido grande eficácia no tratamento dos indivíduos com TMC. De acordo com Chiaverini et al. (2011), uma parcela significativa (30%) dos usuários com quadros de TMC tem remissão espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da atenção primária.

Contudo, a falta de uma política assistencial clara nessa direção vem gerando frequentemente a busca de recursos de assistência mais complexos, especialmente os serviços de urgência, emergência e internações. Segundo Dimenstein (2013), cotidianamente os profissionais das equipes da ESF identificam demandas de saúde mental —como o uso abusivo de álcool e outras drogas, TMC e situações derivadas da violência e exclusão social— que requerem intervenções imediatas e acompanhamento por parte das equipes de atenção primária, o que evitaria o uso desnecessário de medicamentos e recursos assistenciais mais complexos.

No entanto, essa articulação nem sempre funciona da maneira desejada, pois a rede de atenção primária carece tanto de equipes com formação adequada para atender demandas em saúde mental da população quanto em termos dos seus processos de trabalho ainda marcados pela lógica curativa e individual.

Apesar de relatarem ter acesso aos serviços de saúde, especialmente na rede de atenção primária, as mulheres do assentamento, de maneira geral, não os procuram para tratar questões relativas à saúde mental. Entre as razões para não buscar ajuda na rede, elas destacam a dificuldade de acesso aos serviços e os horários de atendimento não flexíveis.

Quase todas as famílias do assentamento têm acesso a algum tipo de serviço ou programa de saúde e são atendidas pelo PACS via ESF. A comunidade conta com um posto de saúde do assentamento que funciona uma vez por mês quando há visita do médico e do agente comunitário de saúde. Esses profissionais estão ligados à ESF que conta, ao todo, com três equipes modalidade I (direcionadas ao atendimento a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, na época em que foi realizado o estudo, não realizava matriciamento em saúde mental com as equipes da ESF.

Em caso de necessidade de internação hospitalar e serviços de urgência e emergência, os moradores da comunidade recorrem ao hospital regional que fica a 30 km do assentamento. Não há na região serviços especializados de saúde mental e leitos psiquiátricos, nem ambulatórios integrais que possam atender às demandas de transtornos considerados “leves”.

Quanto à equipe da ESF, as entrevistadas reclamam da pequena quantidade de profissionais e da falta de um atendimento humanizado que dê mais atenção às demandas das usuárias, especialmente por parte dos médicos, como mostra a fala de M., 41 anos:

Tem uns médicos que a pessoa vai, eles nunca olham para o rosto da pessoa, é só escrevendo, fazendo a pergunta e escrevendo [...] o médico bom é aquele que é falando e olhando pra pessoa, fazendo as perguntas e a pessoa perguntando, assim olhando um pra cara do outro, né? Mas tem uns que não faz isso, é só escrevendo. (M., mulher assentada)

Quando questionadas acerca da atuação do PACS no território, elas identificam o agente comunitário de saúde como alguém que é responsável apenas por acompanhar a saúde das crianças da família e agendar as consultas durante a vinda mensal do médico ao assentamento.

Entre as mulheres que procuraram ajuda na rede de atenção primária, todas iniciaram um tratamento baseado no uso de ansiolíticos, principalmente os benzodiazepínicos, que correspondem à classe de ansiolíticos mais utilizados no mundo e o seu uso indiscriminado, especialmente entre as mulheres, tem sido amplamente apontado como um problema de saúde pública em vários países (Souza, Opaleye, & Noto, 2013).

As mulheres entrevistadas admitiram que nem sempre fazem um uso adequado desses medicamentos, ou seja, não respeitam o período do tratamento e as dosagens prescritas. De forma geral, elas só visitam o médico para renovar as receitas, sem que haja uma avaliação criteriosa da necessidade de continuação ou não do medicamento. Em pesquisa acerca do padrão de uso dos benzodiazepínicos entre mulheres, Souza et al. (2013) também perceberam que acompanhamento médico parece não garantir o conhecimento sobre os riscos do uso prolongado desse tipo de medicação.

Vale salientar que, ao levar em conta a alta porcentagem indicativa de TMC e as condições em que vivem as assentadas, o uso de ansiolíticos pode ser considerado baixo (apenas 5 relataram o uso dentre as 22), se comparado aos estudos que investigam o uso desses medicamentos entre mulheres. Resultado semelhante foi

encontrado por Araújo, Nepomuceno, Figueiró e Melo (2013) entre mulheres de outro assentamento rural do Nordeste brasileiro. Os autores atribuíram esse baixo consumo às estratégias de suporte comunitário entre as assentadas e às políticas de subjetivação militante produzidas a partir da participação em movimentos sociais de luta pela reforma agrária como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

No caso do assentamento em que o presente estudo foi realizado, diante de uma rede deficiente de apoio social, com muitos conflitos entre os residentes e baixa participação política, levantou-se a hipótese de que o fenômeno do baixo consumo de ansiolíticos está ligado ao fato de que essas mulheres não acessam a rede de saúde para tratar das demandas de saúde mental, pois todas as mulheres que procuraram ajuda na rede fazem ou fizeram uso de medicação, já que este é o único cuidado oferecido.

Por outro lado, é rotineiro o uso de remédios caseiros, como chás e lambedores, no assentamento, inclusive para lidar com problemas emocionais. Essa estratégia de cuidado, como outras estratégias desenvolvidas pela comunidade, não é considerada na assistência à saúde dessa população. Percebeu-se que há, por parte da rede de saúde, a escolha por um modelo assistencial individual, farmacológico, que não dialoga com os dispositivos sociais do território, não desenvolve metodologias de prevenção e que reforça o lugar de poder do médico como detentor da verdade sobre o outro, além de desconsiderar os saberes populares da comunidade.

Nesse sentido, chama-se atenção para o caso de uma entrevistada que, apesar de relatar ao médico que a atendia no posto de saúde da comunidade que não estava gostando da medicação que havia sido receitada pelo médico anterior, teve a receita renovada e a indicação que deveria continuar com o mesmo tratamento. A paciente, no entanto, parou de usar a medicação que, segundo ela, a deixava ainda mais ansiosa e,

desde então, não procurou mais ajuda nos serviços de saúde para esses sintomas.

A ação do profissional em questão vai claramente contra algumas das principais diretrizes do PNSIPCF que buscam valorizar “as práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais” (Ministério da Saúde, 2011, p. 6).

Segundo Zanello (2010), a medicalização é uma forma de transformar aspectos da vida cotidiana em objetivo da medicina para assegurar a conformidade às normas sociais. Carvalho e Dimenstein (2004), ao problematizarem a assistência à saúde mental das mulheres e o uso de ansiolíticos nas unidades básicas de saúde, afirmam que:

O modelo de atenção à saúde, hegemônico, não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, o qual funciona como um dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura. (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 121-122)

Dessa forma, o medicamento pode servir como uma espécie de validação do lugar social de submissão ocupado por muitas mulheres. Zanello (2010) afirma que quase não há desenvolvimento de tratamentos que considerem a perspectiva de gênero, de forma que o sofrimento das mulheres é constantemente interpretado e tratado como uma questão biológica, que não leva em conta as especificidades psicossociais enfrentadas pela população feminina.

Segundo as entrevistas, outra razão para não procurar os serviços de saúde ou apoio na comunidade é o medo de serem estigmatizadas como loucas ou de serem internadas, como mostra a fala abaixo:

Eu só não quero ficar internada que eu não estou com negócio de louco, é porque eu sou muito nervosa, eu tenho problema de nervosismo, eu tenho medo de acontecer outras coisas pior comigo. (D., mulher assentada, 49 anos)

Esse discurso mostra como é fundamental para aqueles que sustentam os saberes médicos e psicológicos nos serviços de saúde que compreendam os códigos culturais dos contextos em que estão atuando. O código do “nervoso” que aparece diversas vezes nas falas de nossas entrevistadas não corresponde necessariamente aos códigos diagnósticos dos saberes “Psi” e as fronteiras entre corpo e mente, sujeito e mundo (Fonseca et al., 2008). A falta de compreensão desses códigos por parte dos profissionais pode se tornar uma barreira na procura dos serviços por parte da população.

As mulheres entrevistadas apontam ainda para a necessidade de existirem mais profissionais nas equipes de saúde e que estes estejam mais capacitados no sentido de proporcionarem espaços de escuta e atenção. De acordo com Campos e Gama (2010), as práticas de saúde mental na atenção primária ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, o que leva a um despreparo dos profissionais em lidar com a realidade social. Isso acarreta “uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, infantilização, etc.” (Campos & Gama, 2010, p. 216).

Já Dimenstein (2013) afirma que as demandas de saúde mental se apresentam como desafios para as equipes da rede de saúde primária, pois elas são dotadas de poucas ferramentas críticas; desconhecem os aspectos organizacionais e institucionais da saúde pública; e são formadas para uma prática tecnicista e muito especializada, que não atende às exigências solicitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a falta de capacitação das equipes para lidarem com os problemas de saúde mental compromete a resolatividade das intervenções e produzem angústia nos profissionais. Além disso, muitas vezes, os profissionais que estão mais próximos aos usuários que possuem demandas relativas à saúde mental são os agentes de saúde que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa (Campos & Gama, 2010).

Estratégias de Suporte e Cuidado em Saúde Mental Entre as Mulheres Assentadas

Diante da não utilização da rede para lidar com as questões relativas ao sofrimento psíquico e aos TMC, as mulheres que apresentam esses quadros lançam mão de uma série de estratégias de cuidado e suporte referente à saúde mental. De acordo com o que foi relatado nas entrevistas, os principais meios de suporte à saúde mental utilizados pelas assentadas são a religiosidade e o trabalho. Analisa-se a seguir cada uma dessas estratégias.

Religiosidade. De acordo com Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006), a religiosidade pode ser um grande fator de proteção à saúde mental dos sujeitos, em especial àqueles que vivem em situação de maior vulnerabilidade psicossocial, ao contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e ajudar a atribuir um sentido positivo ao sofrimento.

Todas as mulheres entrevistadas se declararam cristãs e, entre as mulheres evangélicas neopentecostais, o discurso da religiosidade enquanto estratégia de enfrentamento dos problemas apareceu de forma mais constante. Segundo Santos (2006), as igrejas neopentecostais oferecem uma rede de solidariedade e suporte social bastante eficiente se comparada com aquela oferecida pelos serviços de saúde que visam à reabilitação psicossocial dos indivíduos.

Vê-se que, entre as participantes da pesquisa, a religiosidade opera tanto como suporte espiritual quanto psicossocial. Muitas mulheres

“trabalham” junto aos membros da igreja produzindo e vendendo artesanato e doces, viajam para outras comunidades para participar de festas religiosas, organizam-se em grupos de apoio mútuo etc. O suporte entre o grupo religioso pode ser visto na fala de B., 39 anos:

Quando eu estou precisando, as irmãs evangélicas vêm e me ajudam. Elas fazem orar por mim, me dá conselhos, às vezes traz as coisas pra mim, às vezes quando eu estou precisando para ir a um médico que eu não posso ir, como eu disse a você quando eu vou tornar, já estou dentro do hospital com elas. (B., mulher assentada)

A experiência da espiritualidade é outro importante componente para pensar a articulação entre religião e saúde mental. De acordo com Murakami e Campos (2012), a espiritualidade é “um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade” (p. 362) que tem na religião uma de suas formas de expressão. Um exemplo de como a espiritualidade atua como um suporte para essas mulheres está na fala de A., de 48 anos de idade:

Vem aquelas coisas que eu quero fazer como eu fazia antigamente que é de correr no meio do mudo, um negócio como que eu queira me matar, tudo isso vem pra cima de mim, no meu pensamento, e eu peço misericórdia a Deus e Ele sempre está aqui do meu lado. (A., mulher assentada)

A forte presença da religiosidade entre essas mulheres mostra que a construção de suas representações identitárias se dá, muitas vezes, em um embate relacional entre os discursos religiosos neopentecostais baseados no *ethos* da luta e da superação, e o discurso biomédico fundamentado na classificação diagnóstica dos sujeitos e em uma prescrição farmacológica.

Apesar de desempenhar um papel fundamental na comunidade, a prática da religiosidade divide evangélicos e católicos que não se

relacionam bem entre si. Essa divisão “despotencializa” a comunidade como um todo, diante da dificuldade do trabalho conjunto e da articulação coletiva.

O templo evangélico foi construído na comunidade com o dinheiro e a organização dos fiéis, sendo a maioria mulheres. Nele são feitos cultos pelos menos duas vezes por semana. O pastor, que mora em outro município, é bastante respeitado e o uso do espaço do templo para qualquer fim que não seja religioso tem que ser autorizado por ele. Esse fato nos mostra que, embora a religiosidade funcione como um importante suporte à saúde mental, especialmente para as mulheres, ela não necessariamente as empodera. À medida que essas religiões se fundamentam em preceitos tradicionais que reforçam os lugares de submissão das mulheres, elas podem, inclusive, gerar adoecimento.

É interessante ressaltar que algumas das mulheres que hoje participam ativamente organizando eventos e trabalhando para ajudar as igrejas foram protagonistas no processo de luta pela terra na época do assentamento. Como observam Leite e Dimenstein (2003), por meio de rituais como a mística, ocupações e palavras de ordem e outros capitais simbólicos que fazem parte do cotidiano dos acampamentos, movimentos sociais como o MST ajudam a construir a identidade do sujeito militante a partir de um modelo específico de organização da sociedade e de subjetividade diferente ao modelo de indivíduo produzido pelo capitalismo.

Essa rede de solidariedade, que é muito forte na época do acampamento com a participação em movimentos sociais, se enfraquece uma vez que são divididos os lotes e estabelecido o assentamento. A igreja, portanto, pode surgir como um espaço que resgata alguns valores de superação e pertencimento ao coletivo que estavam presentes à época da luta pela terra.

Portanto, a questão da religiosidade no assentamento deve ser problematizada pelos

operadores das políticas de saúde no campo. Assim, concordamos com Murakami e Campos (2012) no sentido de que uma atenção especial deve ser dada a essa questão:

Apesar de cada vez ser mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa na vida dos pacientes. (Murakami & Campos, 2012, p. 362)

Trabalho. A segunda estratégia de suporte à saúde mental mais citada pelas mulheres foi o trabalho. A literatura mostra que as mulheres, no contexto dos assentamentos rurais e da agricultura familiar, têm uma “tripla jornada de trabalho”, trabalho esse que muitas vezes é “invisível” e que as sobrecarregam, o que leva a uma dimensão de sofrimento psíquico e físico (Bonfim et al., 2013). No entanto, o trabalho pode trazer uma série de benefícios, especialmente na medida em que pode gerar um ganho de autonomia financeira, também aparece como um fator importante a ser levado em consideração ao se referir à saúde dessas mulheres.

Além disso, em um cenário marcado pela apatia e pela falta de produção como o da comunidade em questão, o trabalho também aparece como uma possibilidade de escape dessa realidade. Após admitir que se sentia sobrecarregada com o excesso de trabalho dentro e fora de casa, D., mulher assentada de 41 anos de idade, disse que o trabalho era o que mais a ajudava em momentos de angústia: “*quando eu vou apanhar mangaba, me sinto tão bem... quando eu chego em casa já começa o estresse. Eu me sinto bastante bem na mangaba, se eu pudesse vivia dentro dos matos direto, sabe? Me sinto bem*”.

Entretanto, quando questionada sobre o trabalho doméstico D. disse que: “*o trabalho de*

casa, também eu sinto bem, mas às vezes a pes-soa se esquenta, sei lá, fico logo estressada”. Nessa fala, percebe-se que o trabalho doméstico parece ser particularmente tenso para essa assentada, enquanto o trabalho considerado mais pesado como colher mangada lhe proporciona prazer, além de trazer retorno financeiro.

A época das colheitas de frutas nativas como a mangaba é muito importante na vida dos moradores e na organização do assentamento. Esse trabalho, apesar de pesado e cansativo, além de melhorar as condições econômicas das famílias, também funciona como um espaço de sociabilidade entre as famílias e os grupos que partem juntos para colheita.

Outros estudos realizados em áreas rurais brasileiras também apontaram para o trabalho como importante dimensão a ser considerada como estratégia de suporte e até de cuidado à saúde mental. Investigando o cuidado familiar em portadores de transtornos mentais severos no sertão paraibano, Silva, Dimenstein e Leite (2013) perceberam que o trabalho era uma dos principais meios de cuidado e ressocialização para esses sujeitos que adquiriam, dessa forma, maiores habilidades cognitivas e sociais.

Já Wünsch (2011), também ao investigar o cuidado familiar à saúde mental em áreas rurais, notou que as famílias assentadas associam terra e trabalho como sinônimos de saúde, de forma que, para compreender e identificar o modo como agiam ante situações que envolvessem o cuidado em saúde, foi preciso compreender que “a terra e o trabalho constituíam-se nos elementos essenciais da vida” (Wünsch, 2011, p. 39).

A importância do trabalho entre as mulheres do assentamento estudado ficou mais clara a partir de seus processos de inserção em cooperativas de produção de artesanato e doces caseiros e em programas de economia solidária fomentados por meio da atuação de programas de extensão da universidade e do governo na comunidade. Essa atuação se iniciou com uma demanda econômica que impulsionou a

organização coletiva desse grupo, com a formação de uma rede, mesmo que ainda frágil, de apoio comunitário. Esse processo, que tem sido protagonizado pelas mulheres, tem mostrado um a dimensão potencializadora do grupo, uma vez que permite que elas desenvolvam autoestima e outras estratégias de suporte para fazer frente ao contexto de vulnerabilidade em que se encontram.

Considerações Finais

Diante do cenário apresentado, nota-se que a rede pública de saúde, particularmente a atenção primária, não parece preparada para receber, e mesmo perceber, as demandas dessa população. Os profissionais muitas vezes não compreendem as gramáticas do sofrimento utilizadas pela comunidade e desenvolvem estratégias de cuidado que não levam em conta as especificidades do cenário rural. Há também um total desconhecimento, por parte da população, sobre as ações e a função da ESF que funciona em uma lógica tecnicista, em um modelo assistencial individualizado e que não valoriza os saberes da própria comunidade.

Apesar dos avanços em termos de políticas públicas de saúde nas áreas rurais brasileiras com a criação da PNSIPCF, os incentivos para a atuação na saúde do campo ainda são tímidos e existem uma distância entre o que é preconizado na lei e o que chega à base do sistema de saúde.

Quanto às queixas de sofrimento psíquico das mulheres, a prescrição de medicação ansiolítica é o único recurso acessado no cuidado à saúde mental. Isso mostra como a articulação entre ações de atenção, promoção e cuidado em saúde mental na atenção primária ainda é deficitária e como o uso desses medicamentos é naturalizado e, muitas vezes, indiscriminado. Entende-se que esse modelo assistencial é problemático uma vez que “cala” o sofrimento e a angústia dessas mulheres sem levar em consideração a subjetividade delas e as construções sociais que estão por trás de tais expressões

do sofrimento, como relações desiguais de gênero e condições precárias de vida e trabalho. Não se trata de negar a eficácia e a necessidade dos ansiolíticos, mas questionar se o ansiolítico não pode ser considerado um mecanismo ideológico, “na medida em que oculta os aspectos sociais do processo saúde/doença dessas mulheres, o que torna o seu uso justificado, perpetuado e concebido como natural, além de servir aos interesses econômicos da sociedade capitalista” (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 127).

Como nos aponta Bonfim et al. (2013), pensar sobre essas particularidades das mulheres residentes em acampamentos, assentamentos e na zona rural, pode auxiliar a ir além das ações programáticas que fazem parte da estratégia da atenção primária de saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Concorda-se com Zanello (2010) no sentido de evidenciar o diagnóstico e o tratamento oferecido como atos políticos da maior importância, que podem levar tanto a uma validação e reafirmação das desigualdades existentes quanto a uma reformulação das políticas públicas para saúde mental. Portanto, faz-se necessário transformar a escuta dos profissionais de saúde, sensibilizá-los para os contextos sociais e culturais presentes no sofrimento psíquico, o que levaria à visibilidade do sofrimento por trás dos diagnósticos. Assim, é possível elaborar intervenções e políticas públicas que deem conta das demandas da população e de processos de transformação da realidade dessas mulheres entendendo que a promoção de saúde envolve necessariamente um processo de empoderamento dos sujeitos envolvidos.

Referências

- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio demográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 337-348. doi:10.1590/S1519-38292005000300010
- Araújo, N. N., Nepomuceno, R. R. S., Figueiró, R., & Mello, L. (2013). Mulheres e psicotrópicos: subjetivação e resistência em trabalhadoras rurais assentadas. Em J. Leite & M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais* (pp. 273-301). Natal: EDUFERN.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bonfim, E. G., Costa, M. C., & Lopes, M. J. M. (2013). Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital*, 13(2), 193-205.
- Campos, R. O. & Gama, C. (2010). Saúde mental na atenção básica. Em G. W. Campos & A. V. Guerrero (Orgs.), *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 209-235). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, L. M. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Chiaverini, D., Gonçalves, D., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prática de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Cohn, A. (2001). Saúde coletiva: em busca da identidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 21-24.
- Costa, A. G. & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79. doi:10.1590/S0102-311X2005000100009
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS en Ciencias Sociales*, 11(1), 43-72.
- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na Serra Gaúcha (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 16(1), 115-128. doi:10.1590/S0102-311X2000000100012
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS Atenção Primária à Saúde*, 11(3), 285-294.

- Furtado, R. & Furtado, E. (2000). *A intervenção participativa dos atores (INPA) — Uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento local sustentável*. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura.
- Golberg, D. & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Londres, Nova York: Tavistock, Routledge.
- Gomes, F. B. C. (2003). *Consequências do tabagismo para a saúde*. Câmara dos deputados, Consultoria Legislativa, Brasília, DF. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema19/pdf/309518.pdf>
- Guimarães, M. B. L., Sorvi, M., Savi, E. A., Cardoso, E., Lima, C. M., & Lacerda, A. (2005). *Vigilância civil da saúde na atenção básica — Uma proposta de ouvidoria coletiva na AP3.1: relatório apresentado à escola de governo em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=2682
- Leite, S., Heredia, R., Medeiros, L., Palmeira, M., & Cintrão, R. (2004). *Impacto dos assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro*. São Paulo: Unesp.
- Leite, J. F. & Dimenstein, M. (2003). Procesos de subjetivación en la lucha por la tierra en Brasil. *Subjetividad y Cultura*, 20(1), 32-43.
- Ludermir, A. B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 647-659.
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66(4), 1008-1018. doi:10.1016/j.socsci-med.2007.10.021
- Ludermir, A. B. & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-219. doi:10.1590/S0034-89102002000200014
- Maciel, R. H. M., Rigotto, R. M., & Alves, P. A. (2011). Como está a saúde desses trabalhadores? Em R. Rigotto (Org.), *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE* (pp. 391-413). Fortaleza: UFC/Expressão Popular.
- Maragno, T. M., Goldbaum, M., Giani, R. J., Novaes, H. M. D., & Cesar, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Recuperado de bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
- Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250. doi:10.1590/S1516-44462006005000006
- Murakami, R. & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367. doi:10.1590/S0034-71672012000200024
- Oliveira, M. L. (2012). Alcoolismo: um problema social em assentamentos rurais. *Revista Espaço Acadêmico*, 7(1), 159-166.
- Rigotto, R. M., Carneiro, F., Ferreira, M. A., Rocha, M., Ferreira, M., Pessoa, V., ...Teixeira, M. M. (2012). O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6), 1533-1542. doi:10.1590/S1413-81232012000600017
- Santos, A. M. (2006). *Sufrimento psíquico e neopentecostalismo — A identidade religiosa e a cura na sociedade do consumo espetáculo* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/arqanexos/arqteses/albamarques.pdf
- Silva, D. F. & Santana, P. R. (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus — Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 175-185.

- Silva, V. H. F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 19(10), 267-285.
- Souza, A. R., Opaleye, E. S., & Noto, A. N. (2013). Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1131-1140. doi:10.1590/S1413-81232013000400026
- World Health Organization. (2001a). *Gender disparities in mental health*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf
- World Health Organization. (2001b). *The world health report 2001 — Mental health: New understanding, New Hope*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. Em C. S. K. C. Tarouquella, T. M. C. Almeida, & V. Zanello (Orgs.), *Gênero e feminismos: convergências (in) disciplinares* (pp. 307-320). Brasília: ExLibris.
- Wünsch, S. (2011). Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Recuperado de coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao%20simone%20wunsch.pdf