



Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados^a

Anxiety symptoms among rural women and associated factors

Síntomas de ansiedad entre mujeres rurales y factores asociados

Bibiane Dias Miranda Parreira¹

Bethania Ferreira Goulart¹

Mariana Torreglosa Ruiz¹

Juliana Cristina dos Santos Monteiro²

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz²

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Curso de Graduação em Enfermagem.
Uberaba, MG, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão
Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Bibiane Dias Miranda Parreira.

RESUMO

Objetivos: identificar os sintomas de ansiedade em mulheres rurais e a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre os sintomas de ansiedade. **Método:** estudo observacional e transversal. Participaram 280 mulheres residentes na área rural. Foi utilizado o inventário de ansiedade Traço-Estado. Na análise bivariada, foram usados o teste t-Student e a correlação de Pearson. Para a análise multivariada, foi realizada a regressão linear múltipla. **Resultados:** os escores médios das mulheres foram de 38,3 e 41,4 pontos na ansiedade-estado e ansiedade-traço respectivamente. As mulheres que referiram convivência "ruim" com o companheiro apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. A variável número de filhos foi preditora dos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço e a variável idade, preditora do escore dos sintomas de ansiedade-traço. **Conclusão:** os resultados evidenciaram a influência de diferentes fatores com os sintomas de ansiedade entre as mulheres rurais. A identificação dos sintomas e os fatores associados, por parte da equipe de saúde, pode contribuir para ações específicas e encaminhamentos adequados.

Palavras-chave: Saúde mental; Ansiedade; Saúde da mulher; População rural; Enfermagem de Atenção Primária.

ABSTRACT

Objectives: To identify anxiety symptoms in rural women and the influence of sociodemographic, economic, behavioral and reproductive health variables on anxiety symptoms in rural women. **Method:** Observational and transversal study. 280 women living in rural areas participated. The Trait-State Anxiety Inventory was used. In the bivariate analysis, Student's t-Test and Pearson's correlation were used. For multivariate analysis, multiple linear regression was performed. **Results:** The women's mean scores were 38.3 and 41.4 points, in state-anxiety and trait-anxiety respectively. The women who reported "bad" coexistence with the companion presented higher scores of anxiety-state and anxiety-trait symptoms. The variable number of children was a predictor of the scores of anxiety-state and anxiety-trait symptoms and the predictor age variable of the anxiety-trait symptoms score. **Conclusion:** The results evidenced the influence of different factors on the anxiety symptoms among rural women. The identification of the symptoms and associated factors by the health team can contribute to specific actions and adequate referrals.

Keywords: Mental Health; Anxiety; Women's Health; Rural Population; Primary Care Nursing.

RESUMEN

Objetivos: Identificar los síntomas de ansiedad en las mujeres rurales y la influencia de las variables sociodemográficas, económicas, conductuales y de salud reproductiva en los síntomas de ansiedad en las mujeres rurales. **Método:** Estudio observacional y transversal. Participaron 280 mujeres residentes en el área rural. Se utilizó el inventario de ansiedad Traza-Estado. En el análisis bivariado, se utilizaron el Test t-Student y la correlación de Pearson. Para el análisis multivariado, se realizó la regresión lineal múltiple. **Resultados:** Los puntajes promedio de las mujeres fueron 38.3 y 41.4 puntos, en estado de ansiedad y rasgo de ansiedad, respectivamente. Las mujeres que refirieron convivencia "mala" con el compañero presentaron mayores escores de síntomas de ansiedad-estado y ansiedad-traza. La variable número de hijos fue predictor de los escores de los síntomas de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo y la variable edad predictor de la puntuación de los síntomas de ansiedad-traza. **Conclusión:** Los resultados evidenciaron la influencia de diferentes factores con los síntomas de ansiedad, entre mujeres rurales. La identificación de los síntomas y factores asociados por parte del equipo de salud puede contribuir a acciones específicas y encaminamientos adecuados.

Palabras clave: Salud Mental; Ansiedad; Salud de la Mujer; Población Rural; Enfermería de Atención Primaria.

E-mail: bibiane.parreira@uftm.edu.br

Recebido em 20/10/2020.

Aprovado em 29/01/2021.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0415>

INTRODUÇÃO

A ansiedade pode ser caracterizada pelos sentimentos de tensão e pensamentos de preocupação. É considerada uma experiência normal da vida e frequentemente fornece uma motivação adequada para a ação. Entretanto, se, em algum momento, ela torna-se grave ou duradoura e começa a prejudicar significativamente a vida, ela pode ser classificada como um distúrbio ou doença.¹

Os transtornos de ansiedade tendem a ter início na infância ou adolescência, podendo tornar-se crônicos e recorrentes, e estão associados com o alto prejuízo funcional, a reduzida qualidade de vida e o aumento do risco de desenvolver algum outro distúrbio psiquiátrico, particularmente, a depressão.² Eles estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na comunidade.³

Pesquisas voltaram a sua atenção para a ocorrência de transtornos de ansiedade em mulheres. Estudos apontaram que elas apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade que homens.^{4,5} Em estudo realizado em Bangladesh, a prevalência de sofrimento psíquico grave foi maior nas mulheres do que nos homens e a diferença aumentou com a idade.⁴

Nesse sentido, considerando outro contexto de vida das mulheres, como o da ruralidade, algumas condições associadas a esse meio podem contribuir para problemas de saúde mental, como as condições de vida associadas à pobreza, os recursos econômicos e sociais limitados, além das desvantagens demográficas.⁶

No que tange ao contexto rural, o isolamento social e o trabalho estressante estiveram associados com maiores escores de ansiedade e sintomas de depressão. O isolamento social apresentou um maior efeito sobre a ansiedade, e as condições de trabalho estressantes tiveram maior impacto sobre os sintomas depressivos entre as mulheres rurais.⁷

Por outro lado, as mulheres das áreas rurais estão menos envolvidas na tomada de decisões importantes e, portanto, supostamente menos expostas às tensões cotidianas da vida.⁸

Nesse contexto, a ruralidade é caracterizada pela hegemonia masculina nas relações de gênero e de trabalho. A singularidade das mulheres rurais é evidenciada pelas dificuldades sociais, econômicas, comportamentais e de saúde nas quais elas estão inseridas. Portanto, os papéis socioculturais, associados à região de moradia e ao gênero, podem sofrer variações.⁹ Sabe-se que a inserção das mulheres rurais no trabalho agrícola e doméstico evidencia a sobrecarga física e a vulnerabilidade às quais elas estão expostas, como apresentado em estudo no Rio Grande do Sul, Brasil.¹⁰ Todavia, diferentes fatores podem ter influência nas questões relacionadas à saúde mental das mulheres rurais, especificamente a ansiedade.

Frente ao exposto, constatou-se que os sintomas de ansiedade podem apresentar-se prevalentes entre as mulheres. O rastreamento dos sintomas indicativos pode evidenciar a frequência de suspeição deste transtorno e a importância da sua identificação para as questões referentes à saúde mental.

Ao considerar que os sintomas relacionados ao adoecimento psíquico, como o de ansiedade, podem interferir no convívio familiar e na qualidade de vida da pessoa afetada, a identificação por parte da equipe de saúde pode contribuir para ações específicas e encaminhamentos adequados.

Este estudo pretende contribuir para a reflexão a respeito da importância de novas pesquisas e a implementação de ações de saúde voltadas para grupos populacionais, muitas vezes, preteridos pela comunidade científica e pelas políticas públicas, como a população rural e especificamente as mulheres rurais.

Frente ao exposto e considerando a escassez de estudos nacionais relacionados a essa temática, o objetivo deste estudo foi: identificar os sintomas de ansiedade em mulheres rurais e a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre os sintomas de ansiedade.

MÉTODOS

Estudo observacional e transversal realizado com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) residentes em uma área rural no município de Uberaba (MG), Brasil.

Os critérios de inclusão foram: mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) há mais de um ano, com idades entre 15 e 49 anos e orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa.

A zona rural do município possui cobertura da ESF. Para a escolha da ESF, foram utilizados os seguintes critérios: apresentar um maior número de mulheres na faixa etária definida para o estudo, de acordo com os dados fornecidos pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) rurais, além da cobertura em toda a área com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Anterior ao início da coleta de dados, foi feito um estudo-piloto a fim de adequações dos instrumentos, caso necessário. Pequenos ajustes foram realizados.

Utilizou-se uma lista prévia com o nome das mulheres que estavam nos critérios de inclusão da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no domicílio das mulheres no período de outubro de 2014 a maio de 2015. Todas as entrevistas foram feitas por uma única pesquisadora, em local privativo, sem a presença de outras pessoas. As visitas eram realizadas na companhia e em consonância com a agenda mensal dos ACSs.

As mulheres foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e então convidadas a participar. Formalizaram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso de menores de idade, foram solicitados o aceite e a anuência à adolescente e ao responsável legal por meio da assinatura do termo.

O número de mulheres elegíveis para o estudo foi de 407. Destas, 127 foram excluídas no decorrer da pesquisa pelos seguintes motivos: mudança da área rural; não estar no domicílio após três tentativas do entrevistador; recusa em participar da pesquisa; participação no estudo-piloto; fora da faixa etária no momento da coleta; declínio cognitivo e óbito, totalizando 280 participantes no final do estudo.

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) com CAAE nº 21860113.2.0000.5393.

Os instrumentos de coleta de dados referentes à caracterização sociodemográfica e econômica, comportamental e de saúde reprodutiva foram baseados na literatura e posteriormente submetidos à apreciação de três especialistas na área. As variáveis investigadas foram: idade; escolaridade; cor; situação conjugal; tempo de relacionamento conjugal; ocupação; renda individual; valor da renda individual; renda familiar; hábito de fumar; doença crônica; convivência com companheiro; atividade física; atividade de lazer; número de pessoas que residem no domicílio; gravidez; número de filhos; ocorrência de aborto e idade da mulher na primeira gravidez.

Para a identificação dos sintomas de ansiedade, foi utilizado o inventário de ansiedade Traço-Estado, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício.¹¹ É composto por duas escalas que medem dois conceitos de ansiedade: ansiedade-estado (IDATE-Estado) e ansiedade-traço (IDATE-Traço). A escala IDATE-Estado possui 20 afirmações que indicam como os indivíduos se sentem no determinado momento e apresenta as opções de respostas: 1 - não; 2 - pouco; 3 - bastante; 4 - muito. A escala IDATE-Traço, também com 20 afirmações, descreve como os indivíduos geralmente se sentem e tem as respostas: 1 - quase nunca; 2 - às vezes; 3 - frequentemente; 4 - quase sempre.¹¹ A cada um dos itens das duas escalas, é atribuído um escore de um a quatro e o escore total pode variar de 20 (mínimo) a 80 (máximo) em cada escala, sendo que quanto maior o escore, maior o nível de ansiedade.

Utilizou-se uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Excel*[®], empregando-se a técnica de validação por dupla digitação para detectar inconsistências. A análise estatística foi realizada no *software SPSS for Windows*, versão 20.0.

Na análise univariada dos dados, realizou-se a distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas e valores de média e desvios-padrão e valores máximo e mínimo para as variáveis quantitativas. Nas análises bivariadas e multivariadas dos dados, foram usados o Teste *t*-Student e a correlação de *Pearson*. Para a análise multivariada, foi utilizada a regressão linear múltipla.

Para todos os testes, foi considerado um Intervalo de Confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância α de 5%.

As variáveis utilizadas nas análises bivariada e multivariada foram: situação conjugal - "mora com companheiro", em duas categorias, "sim" ou "não"; ocupação - "ocupação remunerada", em duas categorias, "sim" ou "não"; renda individual - "sim" ou "não"; valor da renda individual mensal - "menos de um salário-mínimo" ou "um ou mais salários-mínimos"; atividade física - "sim" ou "não"; atividade de lazer: "sim" ou "não"; hábito de fumar: "sim" ou "não"; doença crônica - "sim" ou "não"; convivência com companheiro - "boa" ou "ruim"; filhos - "sim" ou "não"; aborto - "sim" ou "não". As variáveis idade, escolaridade, tempo de relacionamento, número de pessoas que residem no domicílio,

número de filhos vivos e idade da mulher na primeira gravidez foram classificadas de forma quantitativa.

As variáveis preditoras utilizadas na regressão logística múltipla para os sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço foram: idade e escolaridade, sendo classificadas de forma quantitativa; renda individual, em duas categorias, "sim" ou "não"; convivência com companheiro, em duas categorias, "boa" ou "ruim" e número de filhos vivos, classificado de forma quantitativa.

Vale ressaltar que não houve separação de mulheres com diagnóstico prévio de sintomas de ansiedade.

As consistências internas, medidas pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach* das escalas IDATE-Estado e IDATE-Traço, foram de 0,93 e 0,91, respectivamente.

RESULTADOS

A média de idade das participantes do estudo foi de 33,6 anos (dp=9,8), com idades entre 15 e 49 anos. Quanto à escolaridade, o tempo de estudo variou de zero a 15 anos, com média de aproximadamente 7,0 anos de estudo (dp=3,3) e mediana de 7,0. A maioria considerava-se branca (72,1%), era casada ou em união estável (83,6%), o tempo médio de relacionamento foi de 159,1 meses (dp=97,8) e a mediana, de 144 meses. O tempo de relacionamento estável variou de quatro a 384 meses. Não tinham ocupação remunerada 55,7% e 45,4% não possuíam renda individual mensal. Entre as que tinham algum tipo de renda individual, a faixa salarial predominante foi a de um salário-mínimo (51,0%). O valor da renda familiar entre um e dois salários-mínimos correspondeu a 37,2%.

Em relação às variáveis comportamentais, entre as 280 participantes, a maior parte não fumava (78,2%), referiu não possuir doença crônica (73,9%) e ter "boa" convivência com o companheiro (91,9%), não realizava atividade física (80,7%) e tinha atividades de lazer (54,3%). A média de residentes no domicílio foi de 4,1 (dp=1,5) e a mediana, de 4,0 pessoas, variando de um a dez no mesmo domicílio.

No que tange à saúde da mulher - questão reprodutiva, a maioria já engravidou (91,0%) e não teve aborto (82,8%). A quantidade média de gestações foi de 2,8 (dp=1,7) gestações. A média de filhos vivos foi de 2,5 (dp=1,43) e a mediana, de 2,0. O número variou de um a nove filhos vivos e, quanto à idade na primeira gravidez, a média foi de 19,4 anos (dp=4,5) e a mediana, de 19,0 anos, variando de 13 a 40 anos.

Na escala de ansiedade-estado, o escore médio das entrevistadas foi de 38,3 pontos (dp=11,6) e a mediana, de 35,0 pontos, com variação entre 20 e 76.

Na análise bivariada, as variáveis não ter ocupação ($p=0,03$), não realizar atividade física ($p=0,03$), não realizar atividade de lazer ($p=0,04$) e ter convivência "ruim" com o companheiro ($p=0,002$) estiveram associadas ao maior escore dos sintomas de ansiedade-estado (Tabela 1).

A Tabela 1, a seguir, apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva segundo o escore dos sintomas de ansiedade-estado.

Tabela 1. Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-estado em mulheres residentes na zona rural, 2014-2015.

VARIÁVEIS	IDATE-Estado		p*
	Média	Desvio-padrão	
Mora com companheiro			0,49
Sim	38,5	11,7	
Não	37,2	11,7	
Ocupação remunerada			0,03
Sim	36,5	10,3	
Não	39,5	12,3	
Renda individual			0,54
Sim	37,9	11,0	
Não	38,8	12,4	
Valor da renda individual mensal			0,27
Menos de um salário-mínimo	39,2	10,8	
Um ou mais salários-mínimos	37,1	11,0	
Atividade física			0,03
Sim	35,2	10,1	
Não	39,0	11,9	
Atividade de lazer			0,04
Sim	37,0	11,2	
Não	39,9	12,1	
Hábito de fumar			0,36
Sim	39,5	12,0	
Não	37,9	11,5	
Doença crônica			0,09
Sim	40,4	13,1	
Não	37,5	11,0	
Convivência com companheiro			0,002
Boa	37,4	10,6	
Ruim	50,8	15,7	
Filhos			0,08
Sim	38,8	11,7	
Não	35,3	11,0	
Aborto			
Sim	40,1	13,5	0,51
Não	38,7	11,6	

*valor de p para o Teste t Student. Fonte: dados da pesquisa.

O escore médio das entrevistadas na escala ansiedade-traço foi de 41,4 pontos (dp=11,9) e a mediana, de 40,0 pontos, com variação entre 23 e 71.

Na análise bivariada, as variáveis não realizar atividade física ($p=0,02$), não realizar atividade de lazer ($p=0,02$), possuir doença crônica ($p=0,006$) e ter convivência “ruim” com o companheiro ($p<0,001$) associaram-se ao maior escore dos sintomas de ansiedade-traço (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva segundo o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

A Tabela 3 apresenta a correlação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva com os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Observa-se que quanto maior o número de pessoas residentes no domicílio ($p=0,003$), maior o número de filhos vivos ($p<0,001$) e que quanto menor a idade da mulher na primeira gravidez ($p=0,02$), maior o escore dos sintomas de ansiedade-estado.

Quanto maior o número de pessoas que residem no domicílio ($p=0,02$), maior o número de filhos vivos ($p=0,008$) e quanto menor a escolaridade ($p=0,03$) e menor a idade da mulher na primeira gravidez ($p=0,04$), maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla referentes à relação entre as variáveis idade, escolaridade, renda individual, convivência com companheiro e número de filhos vivos e os escores das participantes no IDATE-Estado e no IDATE-Traço.

As mulheres que referiram convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-estado (Beta=0,30; $p <0,001$) e ansiedade-traço (Beta=0,27; $p <0,001$) do que aquelas que possuíam uma “boa” convivência mesmo após ajustá-los para as demais variáveis previamente identificadas na literatura científica (idade, escolaridade, renda individual e número de filhos vivos).

Ressalta-se que, além da convivência com o companheiro, a variável número de filhos foi preditora estatisticamente significativa dos escores dos sintomas de ansiedade-estado ($p <0,001$) e ansiedade-traço ($p=0,02$). Portanto, quanto maior o número de filhos, maiores os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

A variável idade também foi preditora estatisticamente significativa do escore dos sintomas de ansiedade-traço ($p=0,01$). Quanto menor a idade, maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

DISCUSSÃO

Na escala de ansiedade-estado, o escore médio das entrevistadas foi de 38,3 pontos (dp=11,6) e a mediana, de 35,0 pontos, com variação entre 20 e 76 pontos. Dado inferior foi identificado em pesquisa na Austrália onde as mulheres residentes de área rural apresentaram média do escore do IDATE-estado de 33,60 pontos.¹²

Tabela 2. Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de ansiedade-traço em mulheres residentes na zona rural, 2014-2015.

VARIÁVEIS	IDATE-Traço		p*
	Média	Desvio-padrão	
Mora com companheiro			0,92
Sim	41,4	12,1	
Não	41,6	10,9	
Ocupação remunerada			0,12
Sim	40,1	11,9	
Não	42,3	11,9	
Renda individual			0,58
Sim	41,1	12,0	
Não	41,8	11,9	
Valor da renda individual mensal			0,54
Menos de um salário-mínimo	41,8	11,9	
Um ou mais salários-mínimos	40,6	12,1	
Atividade física			0,02
Sim	37,9	11,0	
Não	42,3	12,0	
Atividade de lazer			0,02
Sim	39,9	11,6	
Não	43,2	12,2	
Hábito de fumar			0,07
Sim	44,2	14,1	
Não	40,6	11,2	
Doença crônica			0,006
Sim	44,7	12,9	
Não	40,2	11,4	
Convivência com companheiro			<0,001
Boa	40,4	11,7	
Ruim	52,7	12,0	
Filhos			0,26
Sim	41,7	11,9	
Não	39,5	12,0	
Aborto			0,07
Sim	45,0	13,5	
Não	41,4	11,7	

*valor de p para o Teste t Student. Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3. Correlação entre as variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço em mulheres residentes na zona rural, 2014-2015.

VARIÁVEIS	IDATE-Estado		IDATE-Traço	
	r	p*	r	p*
Idade	-0,04	0,46	-0,09	0,14
Escolaridade	-0,09	0,15	-0,13	0,03
Tempo de relacionamento	-0,10	0,13	-0,09	0,19
Número de pessoas que residem no domicílio	0,18	0,003	0,14	0,02
Número de filhos vivos	0,23	<0,001	0,17	0,008
Idade da mulher na primeira gravidez	-0,15	0,02	-0,13	0,04

*valor de p de Pearson. Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4. Relação entre as variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla, 2014-2015.

VARIÁVEIS	Beta	Escore no IDATE	p*
Idade**	-0,12		0,07
Escolaridade**	0,01		0,94
Renda individual (sim=0; não=1)	0,06		0,37
Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)	0,30	IDATE-Estado	<0,001
Número de filhos vivos**	0,25		<0,001
Idade**	-0,18		0,01
Escolaridade**	-0,10		0,19
Renda individual (sim=0; não=1)	0,04		0,55
Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)	0,27	IDATE-Traço	<0,001
Número de filhos vivos**	0,18		0,02

*valor de p para o teste de mínimos quadrados. **variável quantitativa. Fonte: dados da pesquisa.

O escore médio das entrevistadas na escala ansiedade-traço foi de 41,4 pontos (dp=11,9) e a mediana, de 40,0 pontos, com variação entre 23 e 71. Em uma investigação realizada com gestantes de área rural de Bangladesh, a média do escore da escala de ansiedade-traço foi de 49,6 pontos.¹³

Observa-se que, mesmo considerando a diferença de população, a média do escore de ansiedade-traço pode ser

motivo de atenção e preocupação para essa população que reside em área rural pelas diversas questões que envolvem e assemelham suas realidades econômicas, culturais, entre outras.

Em um estudo no México, com mães residentes na zona urbana, rural e indígena rural, a prevalência mais alta de sintomas de ansiedade foi identificada na zona rural (31,8%).¹⁴

Os achados dos modelos de regressão linear múltipla indicaram que as mulheres que referiram convivência “ruim” com o companheiro apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Além disso, o número de filhos apresentou-se como preditor dos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço das participantes. Constatou-se, portanto, que, quanto maior o número de filhos, maiores os escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. A idade também foi preditora do escore dos sintomas de ansiedade-traço. Quanto menor a idade, maior o escore dos sintomas de ansiedade-traço.

Em um estudo desenvolvido com gestantes em Ribeirão Preto (SP), a idade caracterizou-se como um fator de risco para a gênese de sintomas de ansiedade-traço. Já a escolaridade configurou-se como uma preditora dos escores das gestantes no IDATE-Estado e no IDATE-Traço.¹⁵

Em um estudo no Centro de Saúde Rural de Kofinou, os autores identificaram que, quanto maior a escolaridade, menor a presença de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento emocional, portanto, o nível educacional é um fator importante e pode estar relacionado aos distúrbios mentais.¹⁶ O baixo nível de escolaridade é um aspecto que pode influenciar negativamente as mulheres que vivem em áreas rurais a procurar assistência frente a um problema de saúde mental.¹⁷

Em pesquisa com gestantes de área rural de Bangladesh, a ansiedade (IDATE-traço) foi associada com a má relação com o marido.¹³

Apesar de as gestantes apresentarem características diferentes, as participantes do estudo citado acima podem assemelhar-se às mulheres investigadas na pesquisa pelas desvantagens socioeconômicas, culturais e comportamentais relacionadas ao local de moradia.

A relação da convivência “ruim” com o companheiro com um maior escore dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço é um fator importante que deve ser tratado com atenção. Apesar de o estudo não entrar na perspectiva da violência doméstica, a questão de gênero e todos os fatores que estão inerentes à vida dessas mulheres que vivem em um contexto rural, como já descrito, podem estar associados à presença de sintomas de ansiedade entre elas.

A insatisfação em um relacionamento pode desencadear o desenvolvimento do transtorno de ansiedade e, também, pode ser responsável pela manutenção deste distúrbio.¹⁸ A satisfação conjugal é um fator comum, afetando o estado de ansiedade das mulheres.¹⁹

A ligação entre os transtornos de ansiedade e as relações familiares é bidirecional. Os problemas psicológicos afetam, de forma negativa, as relações da pessoa que sofre com esse

problema, e as atitudes do parceiro em relação a ela influenciam significativamente a sua ansiedade.¹⁸

Como evidenciado, os fatores de risco sociais, como a idade e a escolaridade, devem ser considerados na prevenção da ansiedade,¹⁵ assim como o número de filhos e a relação com o marido/parceiro.

A questão da saúde mental, dentro do contexto cultural das mulheres que vivem em uma região rural, pode ser estigmatizada e limitar o acesso aos serviços de saúde.²⁰ Portanto, acredita-se que vários fatores inerentes à vida das mulheres que moram em área rural podem influenciar a sua saúde mental.

As mulheres, em áreas rurais, realizam atividades domésticas em maior proporção quando comparadas aos homens, sentindo-se mais solitárias e exigidas e menos apoiadas e reconhecidas.²¹

O cenário da família é fundamental nas questões relacionadas à saúde mental de mulheres, especificamente, das ditas “rurais”. A posição dessas mulheres, limitada, muitas vezes, às atividades domésticas, ao número de filhos e aos cuidados com eles, à ausência ou baixa remuneração, aos fatores culturais, sociais e econômicos, como acesso a serviços de saúde e lazer, pode ter influência no seu cotidiano e no surgimento de sintomas voltados ao adoecimento psíquico. Portanto, vários fatores podem estar interligados à saúde mental das mulheres, que são as principais prestadoras de cuidados à família. A posição das mulheres rurais em relação às suas famílias pode impactar a qualidade de vida, de relacionamento e do processo saúde-doença.

A saúde mental das mães pode colocar em risco o bem-estar emocional dos seus filhos¹⁴ e a sua relação com o parceiro e familiares próximos.

Diante dos achados, evidencia-se a necessidade de implementação de novas práticas de saúde voltadas à saúde mental de mulheres residentes em áreas rurais. Os profissionais de saúde precisam redesenhar a dinâmica das ações de trabalho por meio da identificação dos sintomas, conduta, encaminhamento dos casos e conhecimento sobre os fatores associados.

O modelo de atenção em saúde mental preconiza o atendimento na UBS com a avaliação clínica pelo profissional e o encaminhamento quando necessário.²² A identificação de fatores que visam a contribuir para a melhoria da questão de saúde no nível primário de atenção da população de mulheres residentes na área rural deve ser inserida por meio de condutas e rotinas no atendimento dessa população específica, principalmente pelos profissionais da Enfermagem.²³ Existe uma necessidade do enfermeiro de expandir o conhecimento e as competências para a atuação em saúde mental,^{24,25} e os profissionais da Enfermagem de atenção primária têm um papel imprescindível.

A atuação direta com essas mulheres por meio das consultas de saúde da mulher, de puericultura, entre outras, além da realização de visitas domiciliares e de grupos educativos, favorece o vínculo, a identificação de sinais e sintomas e a assistência em saúde.

Acredita-se que pesquisas científicas, como a desenvolvida neste estudo, possam contribuir com os profissionais de saúde para o planejamento e o desenvolvimento de atividades assistenciais

e educativas específicas, visando à assistência à saúde mental de mulheres que fazem parte de grupos específicos, como a população rural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados indicaram que as mulheres rurais, participantes do estudo, apresentaram escores para os sintomas de ansiedade-estado (38,3 pontos) e ansiedade-traço (41,4 pontos).

As que referiram que não tinham uma boa convivência com o companheiro apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Além disso, a variável número de filhos foi preditora dos escores dos sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço e a variável idade, a preditora do escore dos sintomas de ansiedade-traço.

Evidenciou-se que os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde reprodutiva apresentam relação com a saúde mental das mulheres rurais, especificamente, neste estudo, os sintomas de ansiedade.

Portanto, acredita-se que a população de mulheres rurais precisa ter aspectos de saúde mental investigados, incluindo os sintomas ansiosos, considerando as condições em que vivem, entre outros fatores.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde e os atores envolvidos nesta temática, repercutindo em transformação da prática de trabalho e incorporando ações efetivas à saúde mental das mulheres rurais por meio da identificação dos sintomas, assistência, estratégias, intervenções específicas e encaminhamento adequado.

São necessárias pesquisas que identifiquem os sintomas de ansiedade em mulheres residentes na zona rural e a sua associação com diferentes fatores devido à lacuna nas produções científicas relacionadas à saúde mental, especificamente referentes aos sintomas de ansiedade entre as mulheres rurais.

O estudo apresentou como limitações: tratar-se de um estudo transversal; o número de perdas e a realização do estudo em apenas uma região rural.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Bibiane Dias Miranda Parreira. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Coleta ou produção dos dados. Bibiane Dias Miranda Parreira.

Análise de dados. Bibiane Dias Miranda Parreira. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Interpretação dos resultados. Bibiane Dias Miranda Parreira. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Bibiane Dias Miranda Parreira. Bethania Ferreira Goulart. Mariana Torreglosa Ruiz. Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Aprovação da versão final do artigo. Bibiane Dias Miranda Parreira. Bethania Ferreira Goulart. Mariana Torreglosa Ruiz.

Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Bibiane Dias Miranda Parreira. Bethania Ferreira Goulart. Mariana Torreglosa Ruiz. Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

EDITOR ASSOCIADO

Stela Maris de Mello Padoin

REFERÊNCIAS

- Nutt D, Miguel BG, Davies SJC. Chapter 5.1 phenomenology of anxiety disorders. *Handb Behav Neurosci*. 2008;17(7):365-93.
- Andrews G, Newby JM, Williams AD. Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(1):533. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0533-1>. PMID:25413639.
- Bansal P, Chaudhary A, Soni RK, Sharma S, Gupta VK, Kaushal P. Depression and anxiety among middle-aged women: a community-based study. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(4):576-81. <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.174297>. PMID:26985419.
- Islam FMA. Psychological distress and its association with socio-demographic factors in a rural district in Bangladesh: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0212765. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0212765>. PMID:30865656.
- Costa CO, Branco JC, Vieira IS, Souza LDM, Silva RA. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(2):92-100. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.
- Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. *Public Health Nurs*. 2015;32(1):3-14. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12134>. PMID:24905745.
- Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Quandt SA, Arcury TA. Migrant farmworker stress: mental health implications. *J Rural Health*. 2008;24(1):32-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2008.00134.x>. PMID:18257868.
- Ghaffar R, Iqbal Q, Khalid A, Saleem F, Hassali MA, Baloch NS et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):51. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-017-0411-1>. PMID:28743261.
- Habtamu K, Alem A, Medhin G, Fekadu A, Prince M, Hanlon C. Development and validation of a contextual measure of functioning for people living with severe mental disorders in rural Africa. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):311. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1022-3>. PMID:27604273.
- Cezar-Vaz M, Bonow C, Silva M. Mental and physical symptoms of female rural workers: relation between household and rural work. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11037-49. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120911037>. PMID:26371018.
- Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger RCD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arq Bras Psicol Apl [Internet]*. 1977; [citado 2020 out 20];29(3):31-44. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>
- Judd F, Jackson H, Komiti A, Murray G, Fraser C, Grieve A et al. Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(9):769-76. <http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01882.x>. PMID:16911752.
- Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011;11:22. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-11-22>. PMID:21635722.
- Villaseñor C, Calderón Hernández J, Gaytán E, Romero S, Díaz-Barriga F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional

- en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e1. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2017.1>. PMID:28443997.
15. Fonseca-Machado MO, Monteiro JCS, Haas VJ, Abrão ACFV, Gomes-Sponholz F. Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):855-64. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0495.2624>.
 16. Stavrou G, Paikousis L, Jelastopulu E, Charalambous G. Mental Health in Cypriot Citizens of the Rural Health Centre Kofinou. *Health Care*. 2016;4(4):E81. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare4040081>. PMID:27809282.
 17. Dolja-Gore X, Loxton DJ, D'Este CA, Byles JE. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? *Aust J Rural Health*. 2014;22(3):92-100. <http://dx.doi.org/10.1111/ajr.12109>. PMID:25039842.
 18. Kasalova P, Prasko J, Holubova M, Vrbova K, Zmeskalova D, Slepecky M et al. Anxiety disorders and marital satisfaction. *Neuroendocrinol Lett*. 2018;38(8):555-64. PMID:29504737.
 19. Salehi F, Shahhosseini Z. Association Between Women's Marital Satisfaction and Anxiety During Pregnancy. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017;11(3):e7937. <http://dx.doi.org/10.17795/ijpbs-7937>.
 20. Meyrueix L, Durham G, Miller J, Smalley KB, Warren JC. Association between depression and aggression in rural women. *J Health Dispar Res Pract*. 2015;8(4):136-44. PMID:26855847.
 21. Roberta H, Paula GA, Helen G. Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018;52(Suppl 1):11s. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000266>.
 22. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180303. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>.
 23. Pitilin EB, Lentsck MH. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):726-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>. PMID:26516740.
 24. Almeida PA, Mazzaia MC. Nursing appointment in mental health: experience of nurses of the network. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 5):2154-60. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0678>. PMID:30365778.
 25. Ely GZ, Terra MG, Silva AA, Freitas FF, Leite MT, Brum BN. Perceptions of individuals hospitalized in psychiatric units about living with a mental disorder. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e0280016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>.

^a Artigo extraído da tese de doutorado - Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais. 2016. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP). Autor: Bibiane Dias Miranda Parreira. Orientadora: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.