



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – CCHLA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL –**  
**DOUTORADO**

**SAÚDE MENTAL MASCULINA: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES AOS  
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NOS CONTEXTOS RURAL E URBANO**

**EDILANE NUNES RÉGIS BEZERRA**

**JOÃO PESSOA-PB**

**MARÇO/2017**

**EDILANE NUNES RÉGIS BEZERRA**

**SAÚDE MENTAL MASCULINA: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES AOS  
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NOS CONTEXTOS RURAL E URBANO**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Social da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do  
título de doutora em Psicologia Social

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI**

**JOÃO PESSOA-PB**

**MARÇO/2017**

B574s Bezerra, Edilane Nunes Régis.  
Saúde mental masculina: prevalência e vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns no contexto rural e urbano / Edilane Nunes Régis Bezerra.- João Pessoa, 2017.  
327. :il.-

Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.  
Tese (Doutorado) – UFPB/CCHLA

1. Saúde Mental-Homem. 2. Transtornos Mentais Comuns.  
3. Vulnerabilidade. I. Título.

UFPB-BC

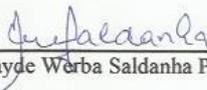
CDU: 613.86(043)

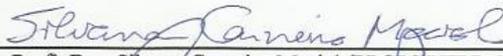
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – CCHLA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – DOUTORADO

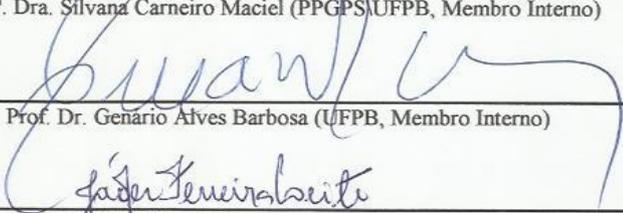
**SAÚDE MENTAL MASCULINA: PREVALÊNCIA E VULNERABILIDADES  
AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NOS CONTEXTOS RURAL E  
URBANO**

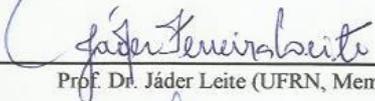
EDILANE NUNES RÉGIS BEZERRA

**BANCA AVALIADORA**

  
Prof. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli (PPGPS/UFPB, Orientadora)

  
Prof. Dra. Silvana Carneiro Maciel (PPGPS/UFPB, Membro Interno)

  
Prof. Dr. Genário Alves Barbosa (UFPB, Membro Interno)

  
Prof. Dr. Jäder Leite (UFRN, Membro Externo)

  
Prof. Dr. Flávio Lucio Almeida Lima (UFCG, Membro Externo)

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE ABREVIACÕES.....	12
RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	15
RESUMEN.....	16
INTRODUÇÃO.....	17
OBJETIVOS.....	31
PARTE I – APORTE TEÓRICO.....	36
CAPÍTULO I – SAÚDE MASCULINA: CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE CONTEMPORÂNEO EM CONTEXTO RURAL E URBANO.....	37
1.1    Apontamentos sobre saúde mental: aspectos conceituais, sociais e prevalência dos Transtornos Mentais Comuns na população.....	37
1.2    Saúde Mental na Atenção Básica: uma articulação necessária e potente para avanços na saúde masculina.....	51
1.3    Saúde do Homem: breve contexto histórico e a construção atual de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).....	82
1.4    Contribuições ao debate sobre o rural e o urbano: contradições e desafios na construção das relações cotidianas de saúde na cidade e no campo.....	97
CAPÍTULO II – ABORDAGENS SOBRE A SAÚDE DE HOMENS.....	111

2.1. Os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero: algumas considerações.....	111
2.1.1. A Masculinidade em Foco: O que é ser homem no mundo contemporâneo?.....	117
CAPÍTULO III – O MODELO TEÓRICO DA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA.....	133
3.1 Compreendendo o Conceito de Vulnerabilidade.....	133
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS.....	141
CAPÍTULO IV - ESTUDO I – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E VARIÁVEIS ASSOCIADAS.....	142
4.1 Objetivo geral.....	142
4.2 Objetivos específicos.....	142
4.3 Método.....	142
4.3.1 Tipo de estudo.....	142
4.3.2 População e Amostra.....	142
4.3.3 Instrumentos adotados para a análise dos dados.....	147
4.3.4 Procedimentos.....	148
4.3.5 Procedimentos de Análise dos Dados.....	149
RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO I .....	151
4.4 Resultados e Discussões.....	152
4.4.1 Perfil socioeconômico.....	152
4.4.2 Estilo de vida e violência.....	153
4.4.3 Cuidado em saúde: acesso aos serviços.....	157
4.4.4 Cuidados em saúde mental.....	164
4.4.5 Prevalência de transtornos mentais comuns.....	168

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	173
ESTUDO II – OS SENTIDOS DA VULNERABILIDADE MASCULINA NO CONTEXTO RURAL E URBANO.....	177
CAPÍTULO V – ESTUDO II – OS SENTIDOS DAS VULNERABILIDADES.....	178
5.1 Objetivo geral.....	178
5.2 Objetivos específicos.....	178
5.3 Metodologia.....	179
5.3.1 Tipo de estudo.....	179
5.3.2 Participantes.....	179
5.3.3 Procedimentos e aspectos éticos.....	179
5.3.4 Instrumentos.....	181
5.4 Análise dos dados.....	183
5.4.1 Análise categorial temática: primeira fase.....	185
5.4.2 Análise categorial temática: segunda fase.....	186
RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO II.....	189
CAPÍTULO VI – SÍNTESE ANALÍTICA DAS VULNERABILIDADES.....	190
6.1 Categorias temáticas enunciadas.....	190
6.2 Classe temática I – contextos de sofrimento masculino.....	193
1. Sintomatologia.....	193
2. Principais motivos para o adoecimento.....	201
3. Consequências do adoecimento.....	215
4. Práticas de autocuidado.....	220
5. Cuidado em saúde.....	222
6. Cuidado em saúde mental.....	234
7. Rede de apoio social.....	239

6.3 Classe temática II – Vivências de sofrimento masculino.....	243
1. Problemas conjugais.....	244
2. Relações de gênero.....	247
3. Fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica.....	252
4. Cotidiano urbano e rural.....	258
6.4 Classe temática III – Profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino.....	267
1. Ações de promoção e educação voltados para a saúde do homem.....	269
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	274
REFERÊNCIAS.....	284
APÊNDICES.....	316
ANEXOS.....	322

### **DEDICATÓRIA**

Ao meu amado e querido Pai, **Walter Régis Bezerra** (in memoriam) que me ensinou o valor da educação, me deu força para fazer o doutorado, sempre acreditando em mim e tendo a certeza que realizaria esta grande conquista em minha vida. Esta dedicatória é muito pequena para falar do meu querido Pai, de seu exemplo de vida, de sua humildade, de sua honestidade e, sobretudo, de sua fé em Deus e respeito ao próximo. Será este o maior legado que me deixou.

Eu Te Amo! Saudades!

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** que sem Ele não alcançava mais esta vitória em minha vida;

Aos meus amados **familiares: Maria José** (mãe) e **Edvane** (irmã) pela paciência, amor e carinho, sempre acreditando e dando forças para seguir em frente e alcançar mais esta conquista;

À Prof. **Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli**, por ser um exemplo de profissional e de mulher. Pelo carinho, apoio e dedicação com que conduziu este estudo. Pela confiança em mim depositada, sempre acreditando, me deixando tranquila, confiante e dando força para prosseguir na jornada diária deste estudo, excedem todas as possibilidades de agradecimento;

Aos **Professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da UFPB** pelos conhecimentos adquiridos;

À todos que fazem parte do **Grupo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde** (NPVPS);

À **CAPES** pela bolsa de estudos que permitiu a realização de um grande sonho e um estudo excepcional, reconhecido no Brasil e no exterior.

Muito obrigada!

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidades</i> .....	137
Tabela 2 – <i>Perfil dos participantes segundo os contextos e as variáveis sociodemográficas</i> .....	152
Tabela 3 – <i>Perfil dos participantes segundo o estilo de vida</i> .....	154
Tabela 4 – <i>Prevalência de violência versus agressores</i> .....	157
Tabela 5 – <i>Acesso e atendimento nos serviços de saúde</i> .....	159
Tabela 6 – <i>Atendimento em saúde mental</i> .....	165
Tabela 7 – <i>Prevalência de TMC e Médias dos Fatores por Contexto de Moradia</i> .....	168
Tabela 8 – <i>Médias dos fatores de acordo com os contextos rural e urbano</i> .....	170
Tabela 9 – <i>Frequência das respostas afirmativas dos homens com sintomas de TMC aos itens do SRQ-20 distribuídos de acordo com seus fatores</i> .....	171
Tabela 10 – <i>Etapas dos procedimentos para a análise categorial temática</i> .....	185
Tabela 11 – <i>Classes temáticas e categorias de análise</i> .....	191

**LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 01.</i> Mapa das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.....	145
<i>Figura 02.</i> Dimensões da vulnerabilidade e a intersubjetividade em cena.....	182

## LISTA DE ABREVIações

TMC – Transtornos Mentais Comuns.....	17
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças.....	18
DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais.....	18
NPVPS – Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde.....	19
WHO – World Health Organization.....	20
SUS – Sistema Único de Saúde .....	21
ESF – Estratégia de Saúde da Família.....	21
SRQ-20 – Self Report Questionnaire 20.....	22
UBS – Unidade Básica de Saúde.....	22
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	23
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana.....	26
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	26
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	30
V&DH – Vulnerabilidade e Direitos Humanos.....	34
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.....	34
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	40
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.....	50
AB – Atenção Básica.....	52
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.....	58
PSF – Programa de Saúde da Família.....	58

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	58
SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica.....	59
ACS – Agente Comunitário de Saúde.....	60
PTS – Projeto Terapêutico Individual.....	64
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.....	69
CSM – Centro de Saúde Mental.....	78
ECC – Equipes de Cuidados Continuados.....	78
CIT – Comissão Intergestores Tripartite.....	85
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.....	85
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.....	54
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.....	88
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.....	88
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde.....	88
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde.....	88
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios.....	98
NPS – Nova Promoção de Saúde.....	134
HND – História Natural da Doença.....	134
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	149
CEP-UNIPÊ/JP – Comitê de Ética em Pesquisas-Centro Universitário de João Pessoa...	149

## RESUMO

O adoecimento psíquico, com destaque para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, de natureza não psicótica, tais transtornos envolvem um conjunto de sinais e sintomas relacionados, principalmente, às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos, geralmente associadas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Neste sentido, objetiva-se analisar os aspectos de vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens paraibanos comparando os contextos urbano e rural. Foram realizados dois Estudos Empíricos. O primeiro trata-se de uma pesquisa quantitativa, epidemiológica, com objetivo de estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns em homens da capital e de cidades rurais paraibanas, associados com fatores socioeconômicos, de estilos de vida, busca por atendimento e saúde mental. Para uma amostra de 432 homens (160 residentes na capital e 272 em cidades rurais), na faixa etária de 21 a 59 anos, foi aplicado um conjunto de instrumentos: SRQ-20; Questionários de Estilo de Vida; de Acesso e Atendimento em Saúde; de Saúde Mental; Sócio-demográfico, cujos resultados foram analisados por estatística descritiva, razão de prevalência, de associação (qui-quadrado e test t) e multivariada. A prevalência de TMC encontrada entre os homens do contexto urbano foi de 46,3% e 18,4% no rural. Observou-se associação entre a presença de TMC com a faixa etária ( $X^2=9,183$ ;  $p=0,01$ ), com maior prevalência na faixa etária mais jovem (44%), diminuindo no decorrer da vida (40% na faixa entre 30 e 49 anos e 15% na faixa acima de 50 anos). A associação com a escolaridade ( $X^2=11,182$ ;  $p=0,01$ ) aponta o aumento da prevalência juntamente com o aumento da escolaridade (fundamental: 29%; médio: 38%; superior: 30%), podendo-se inferir, dado a baixa renda familiar da amostra, que o sofrimento pode decorrer pela ausência de melhoria na renda após o aumento da escolaridade. Por fim, houve associação da presença de TMC com o estado civil ( $X^2=11,755$ ;  $p=0,008$ ), com maior diferença entre os solteiros (43%). O segundo estudo, qualitativo, objetivou analisar – a partir do relato dos participantes, quais elementos (individuais, sociais e programáticos) de vulnerabilidades aos TMC estão presentes nas vivências dos homens de cidades rurais e urbana. Participaram 07 homens do contexto rural e 15 do contexto urbano, com idades entre 21 e 59 anos, utilizando-se de entrevistas individuais, analisadas por meio da técnica de análise categorial temática. A categorização temática permitiu a obtenção de três classes temáticas: a primeira intitulada “Contextos de sofrimento masculino” fez referência aos aspectos individuais do sofrimento e envolveu sete categorias de análise, a saber, a) Sintomatologia; b) Principais motivos para o adoecimento; c) Consequências do adoecimento; d) Práticas de autocuidado; e) Cuidado em saúde; f) Cuidado em saúde mental; g) Rede de apoio social. Já a segunda classe temática, intitulada “Vivências de sofrimento psíquico masculino, fez referência aos aspectos sociais e intersubjetivos do sofrimento e envolveu quatro categorias de análise, a) Relações Conjugais; b) Relações de gênero; c) Fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica; d) Cotidiano urbano e rural. A terceira classe “Profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino”. Os resultados permitiram concluir que, no contexto urbano, há uma maior prevalência de transtorno mental comum, a relação entre os aspectos individuais, sociais e programáticos, associados à violência urbana, problemas financeiros, desemprego, problemas conjugais, falta de perspectiva e crescimento profissional, problemas de saúde (familiares, pessoal), sobrecarga de trabalho, isolamento social, contribuem para situações de vulnerabilidades aos TMC entre os homens residentes no contexto urbano.

Palavras-chave: vulnerabilidades, transtornos mentais comuns, homens, contexto urbano, contexto rural.

## ABSTRACT

Psychic illness, highlighting Common Mental Disorders (CMD), one of biggest issues men are facing actually, from non-psychotic nature. Those disorders involve a set of signs and related symptoms, mainly, to somatic problems and depressive and anxiety symptoms generally related to life conditions and occupational structure. So, our goal is to analyse the vulnerabilities aspects on common mental disorders in Paraíba's men, comparing urban and rural contexts. There were realized two empiric studies. The first is a quantitative epidemiological research with its objective was estimate the prevalence of common mental disorders in capital and rural cities' on men from Paraíba, associated to social economic factors, life style, search for treatment and mental health. In a sample of 432 men (160 living in capital and 272 living in rural cities), from 21 to 59 years-old age group, were applied a set of instruments: SRQ-20; Life Style, Access and Health Attendance, Mental Health and Social-Demographic Questionnaires, which results were evaluated by descriptive statistics, Prevalence ratio, association (chi-square and test t) and multivariate. The CMD prevalence found among men from urban context was 46,3% and 18,4% from rural. It was observed the association between CMD presence and the age group ( $X^2=9,183$ ;  $p=0,01$ ), with higher prevalence on youngest age group (44%), decreasing during life course (40% on group between 30 and 49 years-old and 15% on group above 50 years-old). The schoolarity association ( $X^2=11,182$ ;  $p=0,01$ ) points to prevalence increase with schoolarity (basic: 29%; high school: 38%; university: 30%); so, we can deduce, given sample's low Family income, that suffering can come from Family income increasing abstinence after increasing the schoolarity level. At last, there was the association of CMD presence with marital status ( $X^2=11,755$ ;  $p=0,008$ ), with bigger difference between singles (43%). The second study, qualitative, had as objective to analyse – from the participants description, which vulnerabilities elements (individuals, socials and programmatic) to CMD are presents on men's lives from rural and urban contexts. There were 07 men from rural context and 16 from urban context participating, with ages from 21 to 59 years-old, it was utilized individual interviews analyzed through thematic categorial technique. Thematic categorization allowed obtaining three thematic classes: the first named "Male Suffering Contexts" referred to suffering individual aspects and involved seven analysing categories, a) Symptomatology; b) Main motives to getting ill; c) Illness consequences; d) Selfcare practices; e) Health care; f) Mental Health Care; g) Social support net. In second thematic class, named "Male Psychic Suffering Experiences", had made reference to suffering social and intersubjective aspects involved four analysis categories: a) Marital Relations; b) Gender Relations; c) Labor factors which step in mental health; d) Rural and urban everyday. The third thematic class was named "Professionals more sensitive and humanized to male suffering". The results allowed to conclude, in urban context, that the relation between individual, social and programmatic aspects associated to urban violence, financial issues, unemployment, marital issues, lack of perspective and professional growth, health issues (family and personal), work overload, social isolation, contribute to CMD vulnerability situations between men living on urban context.

Key words: vulnerabilities, common mental disorders, men, urban context, rural context.

## RESUMEN

La enfermedad mental, especialmente los Trastornos Mentales Comunes (TMC), es uno de los grandes problemas que se enfrentan hoy en día. De naturaleza no psicótica, estos trastornos implican un conjunto de signos y síntomas relacionados principalmente con quejas somáticas y síntomas depresivos y ansiosos, generalmente asociados a las condiciones de vida y la estructura ocupacional. En este sentido, el objetivo es analizar los aspectos de la vulnerabilidad a los trastornos mentales en los hombres paraibanos: comparación de los contextos urbanos y rurales. Se han realizado dos estudios empíricos. El primero es una investigación cuantitativa y epidemiológica, con el fin de estimar la prevalencia de trastornos mentales comunes en los hombres de la capital y de los pueblos rurales de Paraíba; asociado a factores socioeconómicos, estilos de vida, la búsqueda para el cuidado y la salud mental. Para una muestra de 432 hombres (160 residentes en la capital y 272 en los pueblos rurales) de 21-59 años de edad, un conjunto de instrumentos se ha aplicado: SRQ-20; Cuestionarios estilo de vida; Acceso y Servicio de Salud; Salud Mental; - Socio-demográfico. Los resultados se analizaron por estadística descriptiva, la tasa de prevalencia de la asociación (prueba *qui-cuadrado* y *test t*) y multivariante. La prevalencia de TMC encontrado entre los hombres del contexto urbano fue del 46,3% y el 18,4% en las zonas rurales. Se observó una asociación entre la presencia de TMC con la edad ( $X^2 = 9,183$ ;  $p = 0,01$ ), más frecuente en más joven grupo de edad (44%), disminuyendo a lo largo de la vida (40%) entre 30 y 49 y en el rango por encima de 50 años (15%). La asociación con la escolarización ( $X^2 = 11,182$ ;  $p = 0,01$ ) indica la prevalencia creciente con el aumento de la Educación (enseñanza fundamental: 29%, enseñanza media: 38%, enseñanza mayor 30%). Se puede inferir que los bajos ingresos familiares de la muestra, puede traer como consecuencia el sufrimiento, debido a la falta de mejora en el resultado tras el aumento de la escolarización. Finalmente, hubo una asociación de la presencia de estado civil TMC ( $X^2 = 11,755$ ;  $p = 0,008$ ), con una mayor diferencia entre los solteros (43%). El segundo estudio, tuvo como objetivo analizar – desde relato de los participantes, qué elementos (individuales, sociales y programáticos) de TMC están presentes en las experiencias de los hombres de las ciudades rurales y urbanas. En el entorno rural participaron 07 hombres; del contexto urbano 15 hombres entre 21 y 59, analizados por la técnica de análisis categórico temático, utilizando entrevistas individuales. La categorización permitió obtener tres clases temáticas: la primera titulada "Contextos de sufrimiento masculino" hizo referencia a los aspectos individuales de sufrimiento con siete categorías de análisis, a saber: a) Sintomatología; b) Principales motivos de enfermedad; c) Las consecuencias de la enfermedad; d) las prácticas de autocuidado; e) La atención en salud; f) La atención de la salud mental; g) La red de apoyo social. La segunda clase temática "Vivencias de sufrimiento psíquico masculino, hizo referencia a los aspectos sociales e inter-subjetivos de sufrimiento e involucró a cuatro categorías de análisis: a) Relaciones civiles; b) Las relaciones de género; c) Factores en el trabajo que interfiere con la salud mental; d) El cotidiano urbano y rural. La tercera clase temática fue llamada "profesionales más humanos y sensibilizados al sufrimiento masculino." Los resultados mostraron que en el contexto urbano, la relación entre los aspectos individuales, sociales y programáticos; asociado con la violencia urbana, los problemas financieros, el desempleo, problemas de pareja, problemas de salud (familia, el personal) la sobrecarga de trabajo, el aislamiento social, contribuyen a situaciones de vulnerabilidad a la TMC entre los hombres que viven en el contexto urbano.

Palabras claves: vulnerabilidades, trastornos mentales comunes, hombres, contexto urbano, contexto rural.

## INTRODUÇÃO

A partir dos pressupostos da Psicologia Social em interface com a Saúde Coletiva/Saúde Pública, o presente estudo reflete o aumento do interesse pela pesquisa na área da saúde, no que se refere à saúde mental do homem, com o objetivo de investigar a prevalência e as vulnerabilidades aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população masculina em contexto rural e urbano.

Este presente estudo faz parte de uma pesquisa maior<sup>1</sup>, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, da UFPB, sob à coordenação da Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.

No âmbito acadêmico existe uma escassez de investigações relacionadas ao estudo da saúde mental e condições de vida das populações rurais, sobretudo em relação à prevalência de Transtornos Mentais Comuns e os elementos voltados às vulnerabilidades desta população. A maioria dos estudos que focam essas populações se limita à discussão acerca da produtividade, sustentabilidade, agricultura familiar, violência no campo, conflitos agrários e fundiários. No que diz respeito à saúde do trabalhador rural prevalecem pesquisas relacionadas às morbidades associadas ao uso contínuo de agrotóxicos, dentre as quais estão as psiquiátricas e as tentativas de suicídio, assim como advindas da mudança tecnológica no campo e acidentes recorrentes do processo de trabalho.

Dentre os aspectos da problemática da saúde mental, surgem os Transtornos Mentais Comuns (TMC), expressão criada por Goldberg e Huxley (1992) para designar

---

<sup>1</sup> Este estudo é um desdobramento da pesquisa “*Vulnerabilidades em saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de residentes em cidades rurais*” aprovado e financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Proc. 405052/2012-0 - MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012).

sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimentos de inutilidade, os quais demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-V) da Associação Psiquiátrica Americana. Entretanto, os TMC constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos Serviços de Saúde, sobretudo, na Atenção Básica, bem como do absenteísmo no trabalho (Costa & Ludemir, 2005). Transtornos mentais comuns são comumente encontrados em indivíduos com baixa classe socioeconômica, mulheres e separados (Costa & Ludemir, 2005). Usuários de tabaco e álcool, assim como comportamento sedentário também mostraram associações com TMC, bem como relações de TMC com vulnerabilidade social tais como: baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia, baixa renda e desemprego (Pinheiro et al., 2007).

Verifica-se, ainda, que as condições de vulnerabilidades relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais. Indicadores socioeconômicos mostram que o campo ainda apresenta dados preocupantes: considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda. A falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso inadequado de agrotóxicos, realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, além das áreas castigadas pela seca, são situações que dificultam ainda mais a vida das populações de cidades rurais (Dimenstein, Leite, Macedo & Dantas, 2016).

Contudo, percebe-se que os avanços relativos ao acesso à infraestrutura e às políticas públicas de saúde e educação ainda são insuficientes. Tal situação intensamente encontrada no espaço rural brasileiro, sendo predominante na região Nordeste, onde há maior concentração de pobres e extremamente pobres, reunindo 49,75% das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família em todo território brasileiro (IPEA, 2016).

Ademais, é sobre as populações mais vulneráveis que recai a maior parte dos efeitos da falta de infraestrutura básica e dos problemas peculiares da falta de desenvolvimento social. As péssimas condições de vida das populações do campo favorecem o aumento da morbimortalidade de doenças transmissíveis e o aumento de doenças crônico-degenerativas. No que diz respeito aos impactos na saúde mental, apesar de evidentes, estudos que articulem condições de vida, ocupação e morbidade psiquiátrica em populações rurais são escassos em nível nacional e internacional (Dimenstein et al., 2016).

No contexto brasileiro, as pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidade e Promoção de Saúde/NPVPS na população rural detectaram forte prevalência de TMC, uso de medicação psicotrópica, internação psiquiátrica, intoxicação por agrotóxicos e uso abusivo de álcool. Sinalizam ainda para o uso irracional de ansiolíticos e abdicação de práticas complementares e tradicionais de cuidado como uso de chás, infusão, lambedor e a procura por benzedadeiras (Saldanha, 2012, 2013; Furtado & Saldanha, 2016).

Partindo destes aspectos, surgem alguns questionamentos: Qual a prevalência de TMC na população masculina paraibana? Quais os principais elementos de vulnerabilidade para este transtorno nessa população? Como os homens que sofrem com TMC vivenciam esta condição? Que recursos os homens paraibanos dispõem e utilizam para enfrentar este sofrimento mental?

De acordo com Fortes, Villano e Lopes (2008), verifica-se na população mundial um número crescente de pessoas que sofrem com enfermidades mentais leves, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas. Nos últimos anos, percebe-se uma maior importância atribuída a estudos de epidemiologia psiquiátrica pela relevância destes tanto nas decisões políticas em saúde mental quanto no direcionamento da assistência médica na atenção básica e especializada de saúde. Tais estudos indicam uma compreensão mais ampla da ocorrência e do tratamento dos transtornos mentais bem como das suas consequências para o funcionamento individual, familiar e social da pessoa com sofrimento psíquico.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), destaca a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. Tem sido constatada intensa associação dos transtornos mentais com eventos vitais produtores de estresse, como a falta de apoio social, tempo pra o lazer e com variáveis relativas ao gênero, perspectivas de futuro, condições de vida e trabalho tais como: pouca escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho. Os transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e capacidade produtiva, interferindo na qualidade de vida das pessoas. Portanto, têm efeitos intergeracionais que perpetuam o ciclo de pobreza, o isolamento e a falta de mobilidade social, em particular, nas famílias rurais (Dimenstein et al., 2016; Costa & Ludermir, 2005; Skapinakis, Bellos, Koupidis, Grammatikopoulos & Theodorakis, 2013).

De acordo com Dimenstein et al. (2016), como agravante desse quadro, os problemas de saúde mental frequentemente não encontram retornos e soluções nos

sistemas nacionais de saúde em nível mundial. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), populações rurais enfrentam problemas de acesso aos equipamentos de saúde, falta de insumos, medicamentos e médicos, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família não é satisfatória. Ainda, segundo os autores, no que abrange à Política Nacional de Saúde Mental, não existe uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado à população rural, apesar de constituir um coletivo cujas particularidades suscitam demandas específicas associadas às condições de vida e trabalho e, conseqüentemente, de atendimento especializado nos casos de transtornos mentais comuns e dependência química. Mesmo diante da mais atual política pública voltada à saúde integral das populações do campo e da floresta, não há qualquer referência à saúde mental, seja para indicar as particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações, e conseqüentemente as necessidades de saúde, os modos de adoecer e de cuidado, seja para nortear o planejamento e ordenamento das redes de atenção, assim como a oferta de ações e serviços de caráter psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2011, é um marco histórico na saúde brasileira e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença/cuidado dessas populações (Brasil, 2013). Todavia, muitos empecilhos existem atualmente à implementação dessa política nos estados brasileiros de forma a garantir universalidade, integralidade e acessibilidade no SUS aos moradores dessas áreas e, conseqüentemente, de cuidado especializado nos casos de sofrimento mental.

Contudo, dentre os problemas de saúde pública e coletiva, são de grande importância, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), estudos realizados por pesquisadores brasileiros, tais como: Miranda, Carvalho, Fernandes, Silva e Sabino,

(2009), apontam que os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo e afetam 25% da população mundial em alguma fase de sua vida. As projeções mundiais para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano (Skapinakis, Bellos, Koupidis, Grammatikopoulos & Theodorakis, 2013). No Brasil, a prevalência oscila entre 28,7% a 35%, sendo considerada alta por estudiosos (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008; Fortes, Lopes, Villano, Campos, Gonçalves & Mari, 2011). Esses dados justificam a relevância de ações de rastreamento de casos possíveis de Transtorno Mental Comum na comunidade, sobretudo, no âmbito da Atenção Primária e Saúde da Família. (Moreira, Bandeira; Cardoso & Scalon, 2011). Dentre os instrumentos utilizados para identificação, destaca-se o *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20), devido suas características psicométricas na detecção de possíveis casos de Transtorno Mental Comum na comunidade, além da habilidade em identificar transtornos emocionais e necessidades em saúde mental (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008; Santos, Araújo, Oliveira, 2009).

Ao falar em saúde mental, o foco é a promoção de saúde, o reconhecimento precoce de problemas biopsicossociais que determinam alterações mentais e comportamentais na população e o seu tratamento, compreendido como um plano terapêutico socialmente referenciado e construído visando a reabilitação e a reintegração social das pessoas em sofrimento mental (Brasil, 2006).

Neste sentido, a psiquiatria compõe, junto com outros saberes e práticas, o campo da saúde mental. Portanto, o campo da saúde mental está inserido no universo da saúde pública e para desenvolvê-lo é necessário incluí-lo no Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diversos níveis de atenção, destacando-se, no nível primário, um dos seus espaços privilegiados de atuação. É bastante difundida a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos.

Com respeito à pouca presença masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Se por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (Figueiredo, 2005).

Vários estudos (Courtenay, 2000; Gomes, 2010; Trindade, Menandro e Nascimento 2011), constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (Laurenti & Figueiredo, 2005).

Há autores, Gomes (2010); Schraiber et al. (2010), Machin et al. (2011) que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Na literatura específica sobre o assunto, estudos (Gomes, 2008; Separavich & Canesqui, 2013; Souza et al. 2015) apontam a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem.

De acordo com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (2012), o número de mortes de homens é maior do que o das mulheres em quase todos os grupos de idade. Na faixa dos 20 aos 24 anos, foram verificados 27 mil mortes no ano de 2012, das quais 81,7% entre homens. No grupo dos 15 aos 19 anos, houve registro de 20 mil óbitos, sendo que 79,6% ocorreram entre pessoas do sexo

masculino. Entre os que tinham de 25 a 29 anos, 78,1% das 27,7 mil mortes foram observadas entre homens. A alta mortalidade masculina no grupo de 20 a 24 anos de idade é bastante distinta entre os Estados, o menor valor pertence ao estado do Amapá, 260 óbitos masculinos para cada grupo de 100 óbitos da população feminina. Em seguida, com números próximos, estão o Amazonas (339,3) e São Paulo (339,8). No outro extremo, o estado de Alagoas apresenta a relação de 798 óbitos de homens para cada 100 óbitos de mulheres, a mais elevada do País. Ainda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (2012), para o Brasil, o valor dessa razão foi de 419,6 óbitos de homens do grupo de 20 a 24 anos de idade para 100 de mulheres desse mesmo grupo de idade. Com exceção dos estados do Maranhão e Piauí, todos os demais estados da região nordeste estavam acima da média nacional. Na região centro-oeste, somente Goiás apareceu acima dessa média. Na região sudeste, os estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo apresentam razões acima da encontrada para o Brasil.

Quando são comparadas as probabilidades de morte entre os sexos em 2013 fica evidente que os homens possuem uma mortalidade maior que a das mulheres em todas as idades. Este diferencial eleva-se significativamente entre os jovens, especialmente na faixa entre 20 e 25 anos de idade, onde a incidência da mortalidade masculina neste grupo chega a alcançar patamares 4,5 vezes superiores à da população feminina. Neste caso, o fator determinante para a permanência de diferenciais tão expressivos é a continuada exposição do contingente masculino em idades jovens às mortes por causas externas (IBGE, 2013).

De acordo com Courtenay (2000), os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. Essas ações reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde. Nesse sentido, devem ser realizados estudos que contemplem a

historicidade da masculinidade, caminhando desde o surgimento dessa expressão como diferenciação dos sexos até a sua incorporação nos estudos de gênero. A categoria *gênero*, neste estudo, está sendo entendida como atributos e funções – socialmente construídos – que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos, que vão para além do biológico. Assim, ser homem ou ser mulher implica a incorporação desses atributos e funções, como forma de representar-se, valorizar-se e atuar numa determinada cultura (Scott, 1990).

Embora haja uma ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é importante dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde. Faz-se necessário, conhecer um pouco mais sobre a maneira como o sexo masculino percebe seus problemas de saúde e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso.

Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde. A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio. Por outro lado, esse cuidado também pode distanciá-lo da saúde em geral quando atinge o limite do culto extremado ao corpo. Alguns homens, quando promovem o cuidado de seu corpo, cultivam um extremo fisiculturismo e, nesse aspecto, o cuidado de si pode transformar-se em risco de adoecimento (Gomes, 2010).

A reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, à primeira vista, ser tomada como uma oposição aos programas de gênero destinados à saúde da mulher. No entanto, é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto

mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais mais amplas que estabelecem.

Uma das primeiras inquietações que mobilizou na direção do processo investigativo acerca da saúde masculina foi a escassez de estudos na literatura científica referente à temática, prevalecendo a existência de pesquisas sobre o perfil de morbidade e mortalidade masculina. Alguns estudos sinalizam uma maior taxa de mortalidade masculina quando comparada às taxas apresentadas pelas mulheres, a exemplo de Couto et al. (2010), Trindade et al. (2011) chamam a atenção para outros problemas importantes que afetavam a saúde masculina, como, por exemplo, as enfermidades relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas e os altos índices de incidência do HIV/AIDS. Por outro lado, percebe-se a escassez de estudos referentes à saúde mental masculina, sobretudo relacionado aos transtornos mentais comuns em homens. Observa-se a incipiência de estudos voltados para este tema, sobretudo pela perspectiva da atenção primária nos pequenos municípios do Brasil, principalmente, na região Nordeste e, mais especificamente, no estado da Paraíba.

Os dados sobre a situação de saúde mental em grupos populacionais ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre os indicadores de morbidade psíquica. A ausência ou insuficiência de informações sobre a situação de saúde mental das populações é fator contribuinte para a atenção ainda precária ou inexistente em saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto à elaboração de políticas públicas de proteção e promoção à saúde.

O Brasil é o primeiro país da América Latina a adotar uma política específica de atenção à saúde do homem. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009, tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. O texto “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

do Homem: princípios e diretrizes” e o “Plano de Ação Nacional (2009-2011)” são, portanto, os documentos que orientam os princípios e estratégias de ação voltadas à saúde do homem no Brasil. As altas taxas de mortalidade masculina e os empecilhos culturais para que os homens frequentem os consultórios médicos são os principais motivos que impulsionaram a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/PNAISH (Brasil, 2009).

Porém o objetivo geral da política é descrito de forma limitada. Em outras palavras, a definição de saúde parece ainda atrelada à tradicional oposição à enfermidade, na medida em que se dar ênfase a redução da morbidade e mortalidade. Da mesma forma, ao enfatizar o “enfrentamento racional dos fatores de risco”, focaliza-se a resolução de problemas de saúde na dimensão da racionalidade e exclusivamente em indivíduos. Desconsiderando, assim, a dimensão da vulnerabilidade que inclui os aspectos individuais relativos ao risco, como os sociais e os programáticos ou institucionais (Ayres, 2012).

A iniciativa, um dos compromissos de posse do Ministro da Saúde no ano de 2008, é uma resposta à observação de que as doenças que afetam o sexo masculino são um problema de saúde pública. Os estudos tomados como premissas, dentre outros, apontavam na direção da perspectiva de gênero para a compreensão dos padrões de morbimortalidade masculina. Assinalavam que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde, ao adotar posturas e comportamentos em suas vidas cotidianas considerados poucos saudáveis. Ou melhor, as características epidemiológicas da população masculina, confrontadas com a perspectiva de gênero sinalizam para a questão das necessidades de saúde dos homens, contextualizadas nas relações socioculturais em que eles vivem.

Ao mesmo tempo, o sistema de saúde parece ainda restrito à oferta de serviços, como resposta a demandas da população. Ou melhor, parece muito mais reativo do que

proativo, na medida em que não inclui, por exemplo, ações de promoção e educação em saúde. No entanto, existe mais uma questão pontual para o desdobramento do presente estudo sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde para o tratamento do TMC na população masculina. Ao fazer parte de um serviço de atenção primária à saúde chama a atenção do presente estudo, como pesquisadora, o fato de que muitas das causas de mortes e o aumento de transtornos mentais comuns relacionadas à população masculina poderiam ser prevenidas e controladas por meio de intervenção em atitudes e práticas habituais que tivessem peso considerável na ocorrência desses problemas.

Ludemir (2000) sinaliza que frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. Ademais, percebe-se o reconhecimento de vários autores (Couto et al., 2010; Pinheiro, 2002; Gomes, 2008; Scott, 1990) para a articulação entre gênero e saúde, é notória a incipiência dos estudos com o enfoque acerca das necessidades de saúde no âmbito da atenção primária, principalmente, no que tange à saúde dos homens.

No campo da saúde, alguns estudiosos afirmam que gênero deve ser visto como um fator de grande importância na caracterização dos padrões de morbimortalidade masculina, por exemplo, Sabo (2002), Korin (2001) e Courtenay (2000) demonstram que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Essa construção também define a forma como os homens usam e percebem os seus corpos. Nas perspectivas de seus modelos de masculinidade, os homens muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, comportamentos esses que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica (Connell, 1995a).

Para Connell (1997) nesses modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina – e a ideia de uma sexualidade instintiva e, portanto, incontrolável. Associadas a isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde. É com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens.

Também na perspectiva de gênero deve ser pensado o espaço das UBS. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isto não significa necessariamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços, nem muito menos a criação de serviços de saúde específicos para a população masculina. Porém, mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço.

A literatura científica sinaliza para o imenso desafio quando se trata da efetivação das políticas e das ações de saúde em cenários de iniquidade social, voltadas para populações vulneráveis. Tais aspectos, como observado por Dimenstein et al. (2016) referem-se a produzir cuidado integral e culturalmente sensível, com foco nas atividades domiciliares articulada com a comunidade, demanda esforços de distintas ordens, que vão desde investimentos em infraestrutura, contratação de equipes profissionais mais

diversificadas e flexíveis, em processo de educação permanente, até a transformação de ações programáticas e de modelos tradicionais de gestão e gerência dos serviços. É nesse cenário que se localizam as equipes dos NASFs e da ESF de todo o país, são estas que devem chegar aos territórios dos moradores de cidades rurais. Elas operam em um local onde a pobreza, a desigualdade e a exclusão têm ampla visibilidade, onde é corriqueiro a negação de direitos básicos.

Por tudo isso, visando a relevância social e ampliação de estudos voltados para atender a necessidade de atenção à saúde mental de moradores de cidades rurais e urbana, em especial, a população masculina com idade entre 20 a 59 anos (que correspondem a 41,3% da população masculina economicamente ativa do País), desenvolveu-se o presente estudo, com o intuito de analisar a prevalência e vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em contextos rurais e urbano.

Este recorte metodológico é estratégico, pois não se trata apenas de parcela preponderante responsável pela força produtiva social, mas também porque exerce um papel sociopolítico e cultural significativo na sociedade. Crianças, mulheres e idosos acessam mais os serviços de saúde; o intuito é sensibilizar essa outra parcela da população, a masculina, que concentra o maior índice de não adesão aos serviços de saúde.

A investigação foi realizada em cidades rurais paraibanas e na cidade de João Pessoa/PB. Em termos metodológicos, a investigação constou de várias etapas e fez uso de algumas estratégias de coleta de dados. Os instrumentos utilizados foram o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), Questionário de estilo de vida e violência, Questionário de saúde mental, Questionário sócio-demográfico e de busca por atendimento, entrevistas individuais através da metodologia das cenas (Paiva, 2012) para os moradores que ultrapassaram o ponto de corte nos rastreadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Desse modo, entendendo a relação entre TMC e fatores socioeconômicos e culturais. Variáveis como renda, baixo nível de escolaridade, violência, condições de vida e inserção produtiva, estão intimamente vinculadas entre si e com o aparecimento de TMC em dada população, que podem influenciar no desempenho cognitivo das pessoas e contribuem para sofrimento psíquico, a presente tese considera os Transtornos Mentais Comuns, como indicador de prejuízos na saúde mental de homens no contexto urbano e rural, com idade entre 21 e 59 anos, estando ainda associados aos aspectos de vulnerabilidades individual, social e programática.

## **2. Objetivos e Premissas**

### **Estudo I – Quantitativo**

#### **2.1 Geral**

Analisar os elementos de vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens paraibanos comparando os contextos rural e urbano.

#### **2.2 Específicos**

- Verificar a prevalência de TMC em homens da cidade de João Pessoa e de cidades rurais paraibanas;
- Identificar os principais fatores que contribuem para a prevalência de TMC na população em estudo;
- Verificar a associação dos TMC com os aspectos socioeconômicos, de estilo de vida, busca por atendimento, cuidado em saúde e saúde mental.

## **Estudo II – Qualitativo**

### **2.3 Objetivo geral**

Analisar os sentidos das vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens paraibanos comparando os contextos urbano e rural.

### **2.4 Objetivos específicos**

- Identificar os elementos de vulnerabilidade individual, social e programática que contribuem para o aparecimento dos TMC na população masculina;
- Identificar as concepções e as necessidades de saúde dos homens;
- Verificar como este sofrimento afeta a relação que os homens estabelecem consigo e com os outros;
- Verificar a influência de questões de gênero na saúde e bem-estar masculino;
- Comparar as vulnerabilidades ao TMC entre moradores de área urbana e de cidades rurais;
- Identificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde para o tratamento do TMC na população masculina;
- Fomentar o debate acadêmico e científico sobre a questão de gênero no âmbito das masculinidades em sua interface com a saúde do homem.

### **Premissas**

1. As concepções de gênero e de saúde se fazem presente nos discursos dos homens tanto no contexto urbano quanto no rural.
2. A Trajetória de saúde dos homens em cidades rurais difere das áreas urbanas.

3. A baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho propiciam situações de sofrimento mental, contribuindo para uma maior prevalência de TMC. Ou seja, quanto menor a escolaridade e a renda maiores as prevalências de TMC.
4. Existem diferenças na prevalência dos TMC quando se comparam contextos de vida (rural e urbano).
5. Se comparados a outros estudos no âmbito nacional é alta a prevalência de TMC na população masculina.
5. A prevalência de TMC será maior entre os homens mais velhos.
6. As ações dos serviços de saúde reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde mental.
7. Há carência de profissionais especializados na saúde mental masculina.

Este estudo foi operacionalizado pela adoção de procedimentos e instrumentos metodológicos, de cunho qualitativo e quantitativo, mediante os quais se procurou detectar elementos que possibilitem uma melhor compreensão acerca do tema em estudo, com o intuito de se perceber as contradições presentes a este complexo tema de pesquisa. Além de uma melhor compreensão acerca da realidade atual sobre a saúde mental masculina, no que diz respeito à saúde dos homens na faixa etária de 21-59 anos, em João Pessoa/PB e em cidades rurais da Paraíba.

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo. De acordo com Santos (2009), articulação entre técnicas quantitativas e qualitativas é uma tendência na pesquisa social, pois possibilita uma análise integral dos dados. Ao combinar dados quantitativos e qualitativos, são reveladas diferentes facetas da realidade, sendo assim, a junção destes procedimentos traz uma melhor compreensão dos fenômenos estudados (Creswell, 2010; Richardson, 2009; Santos, 2009).

A presente tese se encontra organizada em duas partes. A primeira, denominada Marco Teórico, encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro enfoca sobre o que se entende por Transtornos Mentais Comuns, aspectos conceituais, sociais e prevalência na população, bem como o conceito de saúde mental e a complexa discussão sobre o tema. Além disso, aborda o atual sistema de atenção básica no Brasil e em outros países, as atuais reflexões para uma inovação e articulação da saúde mental na atenção básica. Enfatiza-se, também, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Aborda-se, ainda, no marco teórico as principais contribuições ao debate sobre a saúde no contexto rural e urbano. No segundo capítulo sinalizam-se as principais abordagens teóricas sobre saúde do homem, sendo elencadas algumas ideias sobre saúde e masculinidades. No terceiro capítulo é apresentado o Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH), modelo teórico que orientará as discussões dos resultados obtidos.

A segunda parte, denominada Estudos Empíricos, apresentará a trajetória metodológica, os resultados obtidos, as análises e discussão dos dados, em dois estudos. O primeiro trata-se de uma pesquisa quantitativa (identificado como Estudo I), epidemiológica, que buscará determinar a prevalência de TMC e variáveis associadas, cuja análise será feita através do Software SPSS for Windows versão 21. O segundo, uma pesquisa qualitativa (denominado de Estudo II) a partir da entrevista semi-estruturada com base no método das cenas, com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana, decodificar as dimensões da vulnerabilidade. Contará ainda com um Capítulo onde, a partir dos resultados obtidos nos dois estudos, será feita uma síntese acerca da prevalência e as vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns na população masculina paraibana.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais, referências bibliográficas, anexos e apêndices.





*“Saúde mental e Atenção primária: o jardim das veredas que se entrecruzam”.*

(Onocko Campos, 2013)

## **CAPÍTULO I: SAÚDE MENTAL MASCULINA: CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE CONTEMPORÂNEO EM CONTEXTO RURAL E URBANO**

### **1.1 Apontamentos sobre Saúde Mental: aspectos conceituais, sociais e prevalência dos Transtornos Mentais Comuns na população**

Nas últimas décadas as doenças mentais são consideradas como uma das principais causas mundiais de incapacidade e de elevadas taxas de morbidade e mortalidade (WHO, 2011). O entendimento de saúde mental não se esgota apenas na ausência de doença mental. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) se incluem conceitos como o de bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autodeterminação, autonomia, competência social, dependência intergeracional e autorrealização do potencial intelectual e emocional. Não podemos esquecer que cada pessoa vivencia de maneiras diferentes o adoecer.

A saúde mental é intrínseca à saúde e ao bem-estar do indivíduo, sendo resultado da interação de diversos fatores, tais como: genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Patel et al., 2010). Alguns autores (Caponi, 2003; Carvalho, 2005 & Canguilhem, 2010) sustentam que a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde teria possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde.

A saúde mental está no centro das discussões acerca das desigualdades e iniquidades em saúde uma vez que os transtornos mentais apresentam atualmente uma das maiores cargas de morbidade, impactando de forma significativa o cotidiano dos indivíduos e familiares, resultando em dificuldades sociais e econômicas na sociedade em geral. Ocorrendo assim, uma relação desproporcional entre quem está em sofrimento mental e quem recebe cuidados e tratamento (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Ao referir-se à saúde, é importante apontar que o impulso das pesquisas qualitativas nesse campo deve, também, ser creditado à ampliação desse conceito, cuja gênese, em grande medida, se vincula ao pensamento crítico, no qual se fundamentam os movimentos brasileiros das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Mais precisamente, tal deslocamento no plano epistemológico se dá em compasso com o delineamento de um novo sistema de saúde – o SUS – operando uma reconceitualização na qual a saúde emerge como um fenômeno que deve ser pensado na interface com o contexto social e seus condicionantes, nos planos objetivo e subjetivo. A ampliação do conceito de saúde e, por extensão, saúde mental, resulta, assim, de uma intensa mobilização social e de discussões das categorias profissionais da área, realizadas em várias conferências e encontros nacionais e internacionais, e muitas outras esferas, nos quais também foram repensadas as políticas de saúde e os modelos assistenciais vigentes (Mendes, 1999; Paim & Almeida Filho, 1998).

Condescendemos desse entendimento de saúde como fenômeno processual e histórico, mais que isso, de ordem experiencial e indissociável do contexto social, o que confere relevo à produção subjetiva, consideradas as condições materiais da existência nas quais essa subjetividade emerge. Sendo assim, saúde se inscreve numa perspectiva crítica e hermenêutica, desse nosso “estar em circulação no mundo” e com os outros. Conforme Gadamer (2002), saúde não se revela como “um sentir-se, mas [como um] estar aí, estar-

no-mundo [...] um estar-com-os-outros [...] um processo contínuo em que o equilíbrio se estabiliza [ou não] sempre de novo” (p.118-119).

Por tudo isso, há alguns estudos voltados para o rastreamento dos TMC, terminologia utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada (Pinho & Araújo, 2012; Costa & Ludermir, 2005; Lima et al., 2008; Carlotto, Amazarray, Chinazzo & Taborda, 2011), de natureza não psicótica, tais transtornos envolvem um conjunto de sinais e sintomas, expressão criada por Goldberg & Huxley (1992), caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimentos de inutilidade.

Destarte, a OMS (2006) já reconhece que para uma melhor definição do que sejam transtornos mentais deve-se levar em consideração o contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. Dessa maneira, assegura que é possível encontrar diferentes definições sobre o que é considerado transtorno mental na legislação dos diversos países, remontando também diferentes formas de cuidado e tratamento.

Em termos conceituais, verificam-se inúmeras críticas em relação ao uso do termo transtorno como referência a este conjunto de sintomas, pois, de acordo com Fonseca et al. (2008) e Moreira et al. (2011) este remete a ideia biomédica de psiquiatrização e medicalização da vida. Ademais, encontra-se na literatura a utilização de outros termos para se referir ao mesmo conjunto de sintomas, a exemplo, sofrimento difuso (Fonseca et al., 2008) ou sofrimento mental (Brasil, 2013) e doença dos nervos (Azevedo, 2010; Castro, 2010; Silveira, 2000; Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004), sendo este último mais utilizado entre a classe popular para descrever seu sofrimento. Entretanto, no âmbito acadêmico, a expressão TMC é mais aceita e referenciada por vários pesquisadores (Anselmi et al., 2008; Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001; Araújo

et al., 2005; Bandeira et al., 2007; Carlotto, 2011; Farias & Araújo, 2011; Fonseca et al., 2008; Lima et al., 2008; Lopes et al., 2003; Ludermir & Melo-Filho, 2002; Maragano et al., 2006; Morais, 2010; Patel et al., 2006; Silva, 2011) motivo pelo qual adotou-se na presente tese.

Os TMC representam à maior parte da demanda de saúde mental que abrange à rede de atenção primária, sobretudo ansiedade e depressão, fato confirmado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço. Tais transtornos mentais correspondem a um fenômeno universal e fazem parte do quadro das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis [DCNT], constituindo-se em uma ameaça à qualidade de vida e ao desenvolvimento humano (Schmidt et al., 2011). Pesquisas epidemiológicas identificam que a prevalência de transtornos mentais na população mundial tem estimativas que representam em média 23% da clientela atendida em unidades gerais de saúde, com índice de 17% nos países ocidentais (Fortes, Lopes & Villano, 2008; Lopes et al., 2003).

Contudo, faz-se necessário, refletir e explicar o que se entende como saúde mental, pois se trata de uma área muito ampla e complexa do conhecimento. Vale destacar, que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão amplamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Ao referir-se à saúde mental, amplia-se o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontram-se dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. Saúde Mental não é apenas psicopatologia, semiologia, ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Na complexa rede de saberes que se entrelaçam na temática da saúde mental estão, além da Psiquiatria, a Neurologia e as Neurociências, a Psicologia, a Psicanálise, a Fisiologia, a

Filosofia, a Antropologia, a Filologia, a Sociologia, a História, a Geografia, esta forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas. (Amarante, 2008).

O campo da saúde mental está inserido no âmbito da saúde pública e para ampliá-lo, se faz necessário incluí-lo no Sistema Único da Saúde (SUS) em seus diversos níveis de atenção, sendo o primário, um dos seus espaços privilegiados de atuação. Tem-se a intenção, conforme aponta Onocko Campos (2008) de trabalhar com um conceito de saúde mental que possibilite certa liberdade ao sujeito, de modo que ele possa dialogar com as diversas instâncias sociais (saúde, educação, justiça, trabalho etc.) e com seus pares, com seu território de abrangência, com a comunidade, com a sociedade, sem submeter-se completamente a um discurso normativo, deixando um espaço para sua singularidade, para seu desejo aparecer. É importante destacar este aspecto de eterna criação e recriação das condições de manutenção da saúde mental do sujeito. Considerando este aspecto de vital importância, pois a saúde mental na atenção básica pode facilmente se converter num programa higienista para controlar a vida da população menos favorecida.

De acordo com Basaglia, Rotelli e Butti (2015) o risco atual no âmbito psiquiátrico é a passagem gradativa para uma delegação aparentemente menos cruel, mas igualmente invalidante e repressiva: da medicina – ou seja, à pura medicalização dos problemas que, sob a aparente garantia de tratamento e assistência, desresponsabiliza tudo e todos. Percebe-se, então, o risco de uma confirmação da nítida separação entre o social e o sanitário que repropõe a anulação da complexidade das variáveis, de natureza diversa, presentes naquilo que – sobretudo por parte da psiquiatria acadêmica – se tende a reconsiderar e a tratar somente como doença de um só indivíduo e como alteração de um órgão. É nesse tema que nos encontraremos a trabalhar e que deveremos contestar. Ainda segundo os autores, não se consegue incidir nessas variáveis, se o social não adentra no

coração das disciplinas, o psiquiatra se fecha novamente e se defende na nova e velha técnica. O/a psicólogo/a tende a imitar o modelo médico e o assistencial social se dirige a uma patologização dos problemas, repondo, de diversos modos, as especializações separadas nas quais cada um é proprietário no próprio setor, de forma que não consente verificações externas. É importante a recomposição de toda a gama de elementos de que é feita a vida – sã e doente – em uma contínua e constante interação de respostas e possibilidades de oportunidades. Devemos ser muito mais incisivos na transformação do mundo.

Alguns autores discutem mais amplamente a respeito do próprio sistema de classificação psiquiátrica, os denominados manuais, como o DSM-V e CID-10. Caponi (2009) sinaliza que as classificações psiquiátricas modernas se referem a condutas, sentimentos e comportamentos dos indivíduos sem laços sociais, não sendo considerados os vínculos, as relações pessoais, afetivas e de trabalho na hora de se definir o diagnóstico. A própria concepção dos manuais de diagnósticos psiquiátricos como o DSM-V e o CID-10, são criticados por autores, como Pereira (2000). Este autor verifica que, na atualidade, a abordagem hegemônica privilegia a sintomatologia do paciente e está vinculada a uma tentativa de se criar uma abordagem empírica, operacional e pragmática dos problemas mentais. Para Caponi (2009), este movimento ganha destaque na década de 1970 por um grupo de psiquiatras americanos. Inicialmente, almejava-se criar uma classificação das doenças mentais que permitisse a comunicação científica. Contudo, esta abordagem deveria ser atórica e não teria o intuito de se constituir como uma psicopatologia. Para tanto, o que se observou foi um deslocamento deste enfoque inicial na medida em que, a partir de uma perspectiva biologizante dos problemas mentais, a discussão sobre a etiologia das doenças fica restrito a como determinado quadro responde a certo tipo de medicação. Assim, percebe-se que o debate psicopatológico fica eliminado em favor do

diagnóstico. Toda a influência que a psicanálise exercia na psicopatologia até meados de 1960, é substituída de forma brusca pela influência da psicofarmacologia. Novas categorias nosológicas são criadas sem levar em conta a dinâmica e a estrutura da doença.

De acordo com Russo e Venâncio (2006) as versões mais atuais destes manuais excluíram o chamado diagnóstico dimensional, que comportava uma espécie de continuidade entre os diversos quadros, não havendo limites nitidamente demarcados e rígidos, sendo substituído por uma classificação onde as fronteiras fossem bem delimitadas e objetivas.

Isso se explica devido à forma como os sintomas eram concebidos: sendo expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas, poderia, em casos diferentes, estar referidos a mecanismos diferentes. O inverso também podia ocorrer: sintomas diferentes eram referidos a um mesmo mecanismo subjacente. Os opositores desta visão “dimensional” argumentavam que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico (p. 466).

Pereira (2000) menciona que uma das implicações desta mudança é a constituição de um discurso hegemônico que determina sobre a legitimidade das proposições neste

campo. Assim, o chamado “ateorismo” destes manuais terminou por eliminar do debate cientificamente autorizado, todas as outras disciplinas como a fenomenologia, a psicanálise e a análise existencial, resultando em uma concepção cada vez mais naturalizada do sofrimento mental, deixando de lado as dimensões subjetiva, histórica, social e cultural.

Desde a década de 1990, têm-se empreendido esforços no sentido de dar visibilidade a informações sobre morbidade e mortalidade da população masculina no Brasil. O primeiro estudo epidemiológico brasileiro de grande amplitude sobre a população masculina foi publicado por Ruy Laurenti e colaboradores em 1998. Com o título de “Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero”, a pesquisa foi realizada em 16 países, a partir da análise de diferentes fontes. Em termos gerais, esta pesquisa nos mostra que, desde o primeiro momento em que os países passaram a calcular sistematicamente a idade média de suas populações, tem-se registrado uma diferença entre os sexos: os homens sempre apresentam idade média inferior à das mulheres. Do mesmo modo, analisando o diferencial de mortalidade segundo sexo e idade, percebe-se nitidamente uma mortalidade masculina em todos os grupos etários, principalmente nos mais jovens. O estudo aponta, ainda, que os homens tem ocupado, ao longo dos anos, a primeira colocação em diferentes estatísticas: primeiro lugar em número de homicídios; maiores taxas de suicídios e de morte por acidentes; maiores índices de problemas gerados pelo uso de bebida alcoólica e drogas psicotrópicas ilícitas; principais autores de roubos e assaltos, além de grandes protagonistas de agressões físicas, seja contra outros homens, mulheres ou crianças, em âmbitos domésticos ou públicos. Essas estatísticas alinham-se a uma constante histórica: menor expectativa de vida dos homens em relação às mulheres, ao nascer e em idades superiores (Medrado, Lyra & Azevedo, 2011).

Pode-se constatar também, alguns estudos mais relacionados à demanda de saúde mental na atenção básica, baseados nos conceitos de Transtorno Mental Comum, Sofrimento Difuso ou Transtorno Psiquiátrico Menor, onde tais denominações são vistas como sinônimos e referem-se a configurações clínicas muito similares, ligadas a queixas somáticas inespecíficas como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia, nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas (Maragno et. al., 2006; Fonseca et al., 2008; Valla, 2001).

Estudos realizados por Fonseca et al. (2008) afirmam que este tipo de queixa é uma das maiores demandas da atenção básica e, de maneira corriqueira, não recebem a devida atenção e tratamento adequado ou recebem tratamento inadequado por médicos generalistas. Esta demanda recebe classificações como: poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e pitiáticos. Ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais da atenção básica para a compreensão destes quadros, pois muitas vezes portadores destas queixas são tratados de maneira preconceituosa. Sinaliza-se que a compreensão desta problemática vai além da individualização do problema, havendo necessidade de ampliação do foco para o contexto social, as condições socioeconômicas, as relações sociais, situação conjugal, etc.

Desde a década de 1980, os estudos realizados por Goldberg e Huxley (1992) afirmam a alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre os usuários que procuram os centros gerais de saúde na cidade de Londres, na Inglaterra, especialmente na atenção primária. A prevalência média de transtornos mentais nos 15 centros de saúde investigados pelos pesquisadores, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, para problemas psicológicos foi em cerca de 23%, e de 50% em Santiago, no Chile. No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, os estudos de Mari, Busnello e Iacopponi (1990) mencionam que aproximadamente 50% dos pacientes atendidos na atenção primária, apresentaram

transtornos mentais comuns. Associada a essas estimativas está a sua natureza crônica e incapacitante, despertando a atenção para a importância dos transtornos mentais para a Saúde Pública, no Brasil, a prevalência oscila entre 28% a 50%, sendo considerada alta por estudiosos da área. E, dentre, os transtornos mentais, vale ressaltar, que o Transtorno Mental Comum é o mais prevalente na população mundial. De acordo com Skapinakis, Bellos, Koupidis et al. (2013), as projeções mundiais para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano.

Nos estudos de base populacional (Pinheiro et al., 2007; Lima, Menezes, Carandina, Barros & Goldbaum, 2008) realizados em países industrializados, sua prevalência varia de 17% a 35%. No Brasil, estudo realizado em 1994 revelou que 22,7% da população adulta urbana de Pelotas/RS, sofrem com os TMC (Ludermir & Melo Filho, 2002). Frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. A taxa do aparecimento de perturbações mentais comuns (uma mistura de sintomas somáticos, de ansiedade, e depressivos) num estudo de acompanhamento de 12 meses foi de 16% em Harare, no Zimbabué (Todd et al., 1999).

Fonseca et al. (2008) afirma a necessidade de dar visibilidade a este tipo de manifestação de sofrimento e de estabelecer conexões entre estas manifestações e suas raízes psicossociais. Entende-se que estas conexões devem extrapolar o mecanicismo presente na racionalidade científica tradicional introduzindo diversos elementos que vão produzir uma singularização de cada situação, de acordo com a realidade de cada indivíduo.

Conforme aponta Ayres (2012), o papel do profissional técnico de saúde teria que ser repensado, saindo do lugar tradicional que é de imposição de uma certa lógica, para

transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde.

Por tudo isso, vislumbra-se uma mudança na direção do tratamento, saindo de práticas centradas na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa para intervenções que valorizem a criação de sentidos para o sofrimento mental e que produzam ampliação das relações sociais do sujeito portador de sofrimento mental.

O que se denomina transtorno mental abarca uma série de elementos, tais como aspectos orgânicos, sociais, culturais, sexuais, econômicos etc., todos inter-relacionados e em interação, não restritos apenas à concepção do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo, mas sim à existência-sofrimento. Neste sentido o transtorno mental apresenta dimensão mais ampla, que inclui os aspectos sociais, relacionais, biológicos, a história do desenvolvimento do indivíduo e a cultura em que ele se insere. A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como “o estado de bem-estar, no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades; pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade”. É mais do que ausência de doença mental (WHO, 2001 p. 25).

Assim, de acordo com Jorge, Carvalho e Silva, (2014) as divisões recortadas e bem precisas do que seria supor o normal e o patológico em saúde mental tornam-se complexas e até impossíveis, pois há um limite claro que demarque as mudanças de um para outro. Sabe-se que as classificações das doenças vêm de um modelo de ciência baseado na biologia, segundo o qual a taxonomia das plantas e dos animais eram feitas com base nas semelhanças ou diferenças. É importante ter claro que as classificações dos transtornos mentais são influenciadas pelo contexto histórico e que já sofreram inúmeras modificações

desde Philippe Pinel<sup>2</sup> até os dias atuais. Berrios (2008) faz uma análise crítica dos modelos de classificação em psiquiatria afirmando que:

Embora crescentemente volumosa e ocasionalmente imaginativa, ela ainda é postulada por ‘pressuposições’ e, com exceções muito raras, não permite ela própria pensar o impensável; ou seja, classificações psiquiátricas podem ser discutidas porque não se sabe o bastante sobre etiologia, ou porque a doença mental é tão complexa e misteriosa que não pode ser classificada, ou por não se estar fazendo pesquisa empírica suficiente, ou por não estarmos sendo suficientemente científicos ao permitirmos que fatores sociais contaminem o que deveria ser um empreendimento puramente cirúrgico (Berrios, 2008, p. 123).

Este mesmo autor defende que todas as classificações psiquiátricas são produtos culturais e questiona se os modelos classificatórios importados das ciências naturais podem ser aplicados a construtos humanos, tais com a doença mental (Berrios, 2008). Entretanto, isso não quer dizer que se deva abandonar toda forma de classificação, mas, como a atenção se focaliza na pessoa e em seu sofrimento, é imprescindível que qualquer

---

<sup>2</sup> Médico que ficou conhecido como o pai da psiquiatria, sucessora do alienismo. Pinel participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa, que foi um processo e um período que marcou a história da humanidade e, em parte devido a este motivo, suas ideias e feitos ainda hoje repercutem em nossas vidas.

avaliação se faça com foco na relação do profissional da saúde e sua equipe com o paciente e sua família.

Os sintomas mais frequentes na atenção básica são as depressivas, ansiosas e as de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica). Profissionais da área da saúde mental vivenciam com frequência o sofrimento mental de usuários que buscam os serviços com o intuito de amenizar o sofrimento que os acometem. Tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises) são queixas comuns dos usuários com sofrimento mental comum. Ou seja, são queixas que costumam estar associadas. Por outro lado, muitos desses mesmos usuários que relatam os fenômenos acima, também apresentam queixas como mudança no sono e apetite (por vezes para mais, por vezes para menos), dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (Goldberg, 2005).

Pesquisas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) afirmam que uma em cada quatro pessoas desenvolve alguma enfermidade psíquica em algum momento da vida e, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado (Delfini et al., 2009). Portanto, percebe-se uma alta prevalência de sofrimento mental que chega à Atenção Básica que não está sendo adequadamente atendido. Figueiredo e Campos (2009) afirmam que cerca de 9% da população brasileira apresenta transtornos mentais leves e 6% a 8% apresenta transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, pelos quais a Atenção Básica pode responsabilizar-se. Os autores mencionam que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Muitas dessas demandas são situações que com intervenções imediatas podem evitar a utilização

de recursos assistenciais mais complexos e desnecessários. Trata-se, por exemplo, de transtornos mentais comuns, de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, de egressos de hospitais psiquiátricos sem o devido acompanhamento, do uso inadequado e sem controle de benzodiazepínicos, cárcere privado e situações decorrentes da violência e da exclusão social. Por tudo isso, Dimenstein, Santos, Brito, Severo e Moraes (2005) entendem que: “A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de Atenção Básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental” (p. 33).

De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais de 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Além disso, os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking de dez principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças, o que gera um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a articulação e o estabelecimento de cuidados específicos de saúde mental neste nível de atenção, torna-se imprescindível. Assim, a aproximação da saúde mental na atenção básica deve ser trabalhada com dispositivos que extrapolem o discurso técnico-científico tradicional, incorporando outros saberes ligados aos sujeitos que são afetados pelo sofrimento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS (2008), a atenção básica é caracterizada como um conjunto de ações em âmbito individual e coletivo que envolve desde a proteção e promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, até a reabilitação e manutenção da saúde. A característica mais importante da atenção básica é o fato de assumir o papel de porta de entrada do sistema de saúde, tornando-se

local privilegiado de cuidados contínuos para a maioria das pessoas. Assim, a atenção primária à saúde tem se configurado como eixo fundamental do cuidado e da reorganização da rede de atenção psicossocial, com redefinição da atenção especializada e investimento em estratégias de reabilitação e apoio comunitário.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é uma diretriz da política pública nacional de saúde mental e constitui-se numa estratégia para a consolidação da reforma na área. Deste modo, no próximo capítulo, far-se-á uma incursão na Política de Atenção Básica e a necessária articulação desta política com a saúde mental; traçando-se um panorama da Atenção Básica no Brasil e, em países da América Latina e Caribe, bem como a experiência da Espanha, completando com o lugar ocupado pela rede básica enquanto território estratégico de intervenção, os princípios fundamentais e os atuais desafios postos para a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

## **1.2 Saúde Mental na Atenção Básica: Uma Articulação Necessária e Potente para**

### **Avanços na Saúde Masculina**

Sabe-se que não é recente a tentativa de se incorporar a saúde mental nas práticas de médicos e de outros profissionais de saúde. Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem avançado vigorosamente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar o sofrimento psíquico. Desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a constituição de 1988, que assegurou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, luta-se para efetivar uma atenção integral à saúde no Brasil, incluindo a saúde mental como importante linha de cuidado integrada à rede SUS.

Percebe-se no contexto atual os desafios a que o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe. Especificamente, a efetivação do princípio da integralidade depende da estruturação desta rede de cuidado que, organizada em todo o território nacional, constitua o que, no campo da saúde coletiva, compreende-se por uma consistente e efetiva Atenção Básica (AB)<sup>3</sup>.

O destaque para a atenção básica é significativo, uma vez que os homens valorizam menos e estão menos presentes, como usuários, nas unidades básicas de saúde, que são os serviços que representam essa atenção. Da mesma forma isto ocorre com o cuidado. Mais do que os tratamentos das doenças, a valorização do cuidado tem sido reiteradamente apontada como questão a se criticar no modo como os homens lidam com sua saúde (Schraiber, Gomes & Couto, 2005; Figueiredo, 2008).

No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e territorialidade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Sendo o contato de preferência dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Portanto, é essencial que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012).

---

<sup>3</sup> O termo “Atenção Básica” (AB), utilizado pelo Ministério da Saúde, identifica o que mundialmente é conhecido como “Atenção Primária à Saúde” (APS). Há várias concepções envolvendo defensores de ambos os termos, com destaque para o descontentamento de alguns em relação ao termo “Atenção Básica”, por sugerir que a palavra “Básica” desconsideraria a complexidade inerente a essa esfera. Utilizados pelo Ministério da Saúde como equivalentes em documentos atuais (Brasil, 2011), os dois termos estarão aos textos deste capítulo considerados como correspondentes e, respeitando-se as opções dos autores. Vale ressaltar, que não se quer com o termo “Atenção Básica” desprezar ou diminuir a complexidade que lhe é pertinente (a esse respeito, conferir Mello, G.A., Fontanella, B.J.B., & Demarzo, M.M.P. (2009). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev APS*, Juiz de Fora, 12(1), p.204-213, abr./jun.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da atenção básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma atenção básica acolhedora, resolutiva e que progride na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos dispositivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de atenção básica para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

A nova política articula a atenção básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde no ano de 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar, bem como a criação em 2009 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da atenção básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada (Brasil, 2012).

A proposta para a consolidação da atenção básica em saúde requer tanto o agenciamento de novos modos de relação com o usuário, quanto o reposicionamento dos profissionais em relação ao uso de seus conhecimentos técnicos, saberes e práticas. Faz-se necessário, sensibilizar os profissionais, incorporar nos sistemas de saúde singularidades,

aspectos sociais, culturais e subjetivos e, assim, demandar dos profissionais a abertura para novos saberes, novas experiências, especificidades que vão além da sua atuação profissional, pois requer vivência e inserção no território, atendendo as demandas do contexto local ao qual o usuário está inserido.

Para Teixeira (2005), este nível de atenção possui algumas características muito peculiares a fim de que se consiga avançar na mudança do modelo de atenção em saúde. Ele destaca a inserção territorial; a possibilidade de planejar as ações a serem executadas em resposta às demandas do contexto local; a criação de condições mais favoráveis ao estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais; a atuação multiprofissional como resposta a “essa vocação de ‘porta de entrada’ não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão”.

Neste nível do sistema de saúde estão presentes, condições que favorecem a integralidade e a resolutividade no cuidado ao usuário. Pode-se citar: a possibilidade de acompanhar o usuário dentro do seu contexto de vida; a longitudinalidade da atenção prestada e a possibilidade de continuidade do cuidado. Tais características são de grande relevância para a implementação de novas propostas de atenção em saúde mental e sinalizam para a importância da dimensão territorial na consolidação de tais ações.

A epidemiologia psiquiátrica tem verificado a associação dos TMC a variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Ludermir e Melo Filho (2002) identificaram que a redução do poder de decisão e a incapacidade de influenciar o meio, decorrentes do desemprego e da informalidade, podem ser danosas à saúde mental. Ademais, a desvalorização social causada pelo desemprego pode comprometer o bem-estar psicológico do indivíduo.

Por todos estes motivos, no contexto da reforma sanitária, a atenção básica tem sido vista como um lugar estratégico a partir do qual seria possível consolidar-se a mudança de modelo de atenção em saúde. Neste sentido, os avanços produzidos pela primeira década de implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos têm indicado a necessidade de que a atenção básica seja compreendida e funcione efetivamente como espaço de acolhida também nas questões relacionadas à saúde mental. Tal movimento faria com que o princípio da integralidade deixasse de ser apenas uma indicação dogmática do Sistema Único de Saúde ou palavra vazia a constar nas provas e teses que o estudam e criticam (Paulon & Neves, 2013).

De acordo com a perspectiva de reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (1996) e, incorporada como diretriz do cuidado em saúde mental no país, um foco importante a ser trabalhado é justamente a questão da contratualidade e seus efeitos na produção de saúde. Este aspecto estaria relacionado à capacidade de o indivíduo realizar suas trocas afetivas e materiais dentro do meio social. O foco da atenção e do cuidado não é a doença, mas a existência de sofrimento e as condições materiais de produção de vida e, conseqüentemente, de produção de saúde e adoecimento.

Sendo assim, a questão da saúde mental na atenção básica passa, necessariamente, pelo redimensionamento da relação saúde/doença, pela relevância dos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e pela promoção de saúde, visando à melhoria na qualidade de vida da população. No entanto, a inserção de ações de saúde mental na atenção básica ainda são incipientes.

Há estimativas de que 14% da carga global de desordem mental não psicótica advêm de transtornos neuropsiquiátricos (Skapinakis, Bellos, Koupidis et al., 2013).

Associada a essa afirmativa está a sua natureza crônica e incapacitante, ressaltando a atenção para a importância dos transtornos mentais comuns para a saúde pública.

Há evidências sólidas que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico, pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados à doença cardiológica e cerebrovascular, bem como, ao diabetes. E isso ocorre mesmo quando esses sintomas não são suficientes para fechar diagnóstico de acordo com critérios padronizados de pesquisa.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes de saúde da família mencionam que realizam alguma ação de saúde mental. Devido a sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (Brasil, 2004).

Diante disso, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica, pois a maior parte dos transtornos mentais menos graves, estão sendo assistidos por este nível de atenção; dentre tais transtornos, pode-se citar: queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos mentais comuns (transtornos de ansiedade menos graves, estados depressivos menos graves), dentre outros. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para se dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes.

Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa. Nessa compreensão, baseia-se a ideia de que urge estimular

ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da reforma psiquiátrica. Podem-se sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e atenção básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersectorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Em torno do processo de reforma do aparato estatal e das políticas de saúde, é ampla a discussão sobre como se mudar os modelos de atendimento com vistas a uma maior extensão de cobertura e a uma maior efetividade das ações em saúde; desta maneira, o tema da rede básica de serviços tornou-se ponto estratégico.

É importante que se reflita sobre o lugar ocupado pela rede básica enquanto território estratégico de intervenção, no interior das reformas implementadas no Brasil, no intuito de se subsidiar, em particular, a construção do SUS, que vem se constituindo desde o projeto constitucional de 1988, quando de modo efetivo a rede básica aparece como caminho de unificação do modelo de atenção para o sistema de saúde e como forma de construção de uma nova institucionalidade e produção de serviços, para além dos modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário.

Há mais de trinta anos, desde a Declaração de Alma-Ata, publicada pela OMS em 1978, a Atenção Primária à Saúde tem sido reconhecida como um dos componentes-chaves de um sistema de saúde resolutivo, integrado e articulado em redes com grande diversidade de pontos de atenção voltados às condições agudas e crônicas. Contudo, em estudos recentes no panorama nacional e internacional, Mendes (2010) sinaliza que a maioria dos países ainda utilizam sistemas de saúde fragmentados, focados nas condições agudas, caracterizados por pontos que não se comunicam e incapazes de prestar uma atenção contínua à população. O autor afirma que há “evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (p.2303).

Neste sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS (2009) ressalta para a importância da construção de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária, uma vez que podem reduzir custos, beneficiando outros níveis do sistema (OMS, 2008), ofertar cuidados coordenados e apropriados ao longo do tempo, articular a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção, incluindo as famílias e as comunidades como sua base de planejamento e ação.

Merhy (2006) sinaliza que, no interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária Brasileira, tem-se colocado como eixo norteador que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, sobretudo redefinindo o lugar dos outros, propondo uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um sistema *redbasicocêntrica*. Neologismo – nota de rodapé ou em itálico entre aspas

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde, e, não

mais, o indivíduo; ao mesmo tempo, foi introduzida a noção de área de cobertura (por família). Na verdade, o ministério institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual). O PACS foi também um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde (Viana & Dal Poz, 2005).

A Estratégia Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise do modelo assistencial. Tal programa foi concebido, em 1994, com o propósito de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital: “A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (Franco & Merhy, 2007, p.53).

Vale ressaltar que atualmente o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF está organizada segundo uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de Saúde, algumas equipes contam ainda com um dentista e técnico em odontologia. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas onde residem em torno de 3.000 a 4.500 pessoas e das microáreas que representam o espaço de atuação de um agente comunitário de saúde onde moram cerca de 400 a 750 pessoas. As equipes trabalham com o cadastramento familiar e utilizam o Sistema de Informação de Atenção Básica/SIAB (Brasil, 2006).

A noção de território é fundamental para as ações de promoção da saúde, pois não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada. Configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante. Conhecê-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas. Portanto, é fundamental conhecer o local, quem habita o território, as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades – enfim, o emaranhado que compõe o território e que, a partir de uma prática intersetorial, pode ser atendido em sua complexidade em direção à promoção de saúde (Sundfeld, 2010).

A ESF se insere na comunidade através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de outros profissionais da equipe. Na condição de moradores da área de abrangência do serviço de saúde, os ACS convivem no cotidiano com a comunidade, participam dos problemas e dificuldades estruturais relacionados à saúde, educação, habitação, transporte, etc. Tal condição facilita a entrada dos ACS nos domicílios e seu papel de mediador entre os serviços de saúde e a comunidade (Brasil 2011).

Assim, percebe-se que a ESF é uma estratégia prioritária para o aumento da cobertura da atenção à saúde, sinalizando que o acesso a este serviço é um direito de cidadania. Os espaços dessa atenção passam a ser, fundamentalmente, os domicílios e as Unidades Básicas de Saúde mais próximas da população, pois a proposta de ESF prevê a participação de toda a comunidade, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, identificando as causas dos problemas de saúde, definindo prioridades e o acompanhamento da avaliação do trabalho. Isso é crucial para que as pessoas possam ter iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual quanto coletivo (Brasil, 2006).

A Unidade de Saúde da Família atua dentro de alguns princípios, dentre os quais estão a integralidade, a hierarquização, a territorialidade, com isso colocando em evidência o caráter substitutivo. Faz-se necessário esclarecer que isto não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na atenção à saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) são elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção e tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. A atenção básica caracteriza-se como: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a

manutenção da saúde. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. É através do desafio de ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (Brasil, 2005).

Entretanto, os desafios postos para a atenção primária à saúde no Brasil são inúmeros. Podemos citar, dentre os principais: o baixo patamar do financiamento público atualmente vigente; infraestrutura e condições de trabalho precárias; cobertura territorial e relação inadequada entre número de equipes e número de famílias (Connill, 2008); o enrijecimento das práticas, ancoradas nos núcleos profissionais consagrados e hegemônicos, operados no cotidiano dos serviços de forma isolada (Merhy, 2005); a manutenção de processos de trabalho pouco implicados com a inovação e produção de tecnologias para o cuidado em saúde; a reprodução de um modelo tecnoassistencial que reafirma o isolamento dos níveis de atenção, em especial a atenção primária, devido à hierarquização burocrática da organização das redes de saúde; a ausência de amadurecimento tecnogerencial das equipes e da gestão na construção de linhas de cuidado como pilar de organização do sistema. Por último, a falta de ações de educação permanente para a transformação da realidade técnica e gerencial dos trabalhadores em relação à “forma como se faz, implanta e operacionaliza as políticas de saúde” (Feurwerker, 2005, p. 491).

Como resultado da falta de estrutura física adequada, de pessoal, da flexibilização da carga horária de trabalho, da inadequação do próprio fazer saúde a partir dos pressupostos da APS, como apontam Dimenstein, Lima e Macedo (2013), observa-se a

manutenção da lógica ambulatorial clássica na rotina das equipes, com a organização dos processos de trabalho voltados para a doença, com foco no consumo de procedimentos e encaminhamentos para os níveis especializados de atendimento; atividades coletivas voltadas para a prevenção de agravos e normatização dos hábitos e rotinas de vida da população; ações territoriais restritas ao trabalho dos ACS – que exauridos juntamente com a equipe pela demanda excessiva de informações (formulários e relatórios) não encontram tempo para a discussão dos determinantes sociais de saúde e a problematização da realidade vivida. Contudo, não percebe-se avanços na reorientação das práticas e no trabalho de estímulo à participação popular e o controle social. Tudo isso fragiliza ainda mais a articulação do trabalho em equipe e em rede, assim como a realização de ações intersetoriais entre as políticas públicas para atender a complexidade dos problemas e necessidades de saúde da população de maneira integral.

Merhy (2007) deixa claro que a finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que visam à promoção de saúde. Esse autor parte da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Portanto o autor classifica as tecnologias em saúde em três categorias, sendo elas: *duras*, *leves-duras* e *leves*.

O autor entende *tecnologias duras* como aquelas que se referem a equipamentos e máquinas, como, por exemplo, máquinas de raios-X e de exames laboratoriais, às normas e às estruturas organizacionais, sendo que as duas últimas estão também relacionadas à gestão do processo de trabalho. As tecnologias *leves-duras* estão relacionadas aos saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos, tais como uma determinada especialidade médica,

a clínica do psicólogo, a clínica do terapeuta ocupacional, dentre outras. Cabe ressaltar que a denominação leve-dura se dá porque tal tecnologia é:

“...leve, ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado” (Merhy, 1999).

As tecnologias *leves* são referentes aos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou seja, à constituição de vínculo com o usuário, produção de acolhimento, para aquele que chega buscando algum tipo de ajuda, e gestão como forma de gerir o processo de trabalho e que, portanto, acabem por possibilitar momentos criadores e/ou criativos neste mesmo processo. As tecnologias leves são fundamentais nas possibilidades de intervir, concretamente, no contexto social e no que causa sofrimento ao indivíduo, ou seja, na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>4</sup>.

A produção do cuidado em saúde mental desempenhada no apoio matricial intersecciona as tecnologias acima citadas. Entretanto as tecnologias leves estão essencialmente ligadas a esta estratégia assistencial, uma vez que nesta produção deve ser

---

<sup>4</sup> É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome *Projeto Terapêutico Singular*, em lugar de *Projeto Terapêutico Individual*, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (Brasil, 2006).

considerado que todos os profissionais, independentemente de cargo ou função, são operadores de atos de cuidados em saúde e, sendo assim, devem ser capacitados a atuar no campo das tecnologias leves, produzindo acolhimento, escuta e vínculos.

De acordo com Merhy (2006), há uma forte distinção entre o processo de trabalho em saúde e os processos de trabalhos outros, tal como uma linha de produção de uma determinada fábrica, porque, embora a temática seja o trabalho – ação intencional sobre o mundo com a intencionalidade de produzir bens/produtos –, no trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, a produção é de bens/produtos simbólicos, que, por sua vez, satisfazem necessidades humanas e reais.

O modelo atual de assistência à saúde se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras e leves-duras. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter essa configuração do Modelo Médico Hegemônico (Franco & Merhy, 2007).

Os trabalhadores de saúde, incluído aí o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto venha a ocorrer, compreende-se que será necessário constituir uma nova ética entre estes profissionais, fundamentada no reconhecimento que os serviços de saúde são, por sua natureza, um espaço público, e que o trabalho nesse lugar deva ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Desta maneira, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde. Portanto o processo de trabalho carece de interação de saberes e de práticas necessárias ao cuidado integral à saúde (Merhy, 2007).

O Sistema Único de Saúde é, dentre outras coisas, também resultado e produto legal e institucional do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, que se organizou com base em ideias que conjugavam propósitos vinculados à obtenção de maior grau de cidadania, inscritas na concepção de que saúde é um direito público. Por outro lado, Silva Jr. (1998) afirma que o Movimento pela Reforma Sanitária atuava em torno de ideias em relação ao padrão de assistência a ser construído, que tinham como matrizes vários modelos tecnoassistenciais constituídos na tradição da saúde pública brasileira, que, tendencialmente, incorporaram a epidemiologia e a vigilância à saúde como eixos norteadores vitais para a conformação tecnológica dos diversos fazeres dos serviços de saúde.

No que diz respeito à organização e à forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não garante, nas estratégias da ESF, que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual. Portanto, verifica-se que não há dispositivos potentes para isso, porque o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual se opera o serviço não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. Observa-se nos serviços de saúde que ainda prevalece um modelo médico tradicional, neste sentido faz-se necessário buscar a superação do modelo biomédico, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do usuário assistido.

Faz-se necessário salientar que, no campo da saúde/saúde mental, ainda é significativa, ou mesmo hegemônica, a influência do modelo biomédico nas investigações voltadas a questões relacionadas ao processo saúde-doença, predominando a dimensão técnica, em detrimento das relações intersubjetivas.

Enquanto “estratégia de mudança do modelo assistencial”, mencionem-se alguns problemas que podem ser vistos no contexto atual do sistema de saúde. Primeiramente, a ideia de que o mesmo esteja mais voltado para ações de natureza “higienista” do que para ações de cunho “sanitarista”, não valorizando nem dando importância suficiente a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde, ganha grande relevância por tornar-se uma perspectiva polêmica em um país como o Brasil, dada a amplitude da sua rede assistencial pública.

Outra questão que merece destaque é o fato do Ministério da Saúde considerar que pode organizar e estruturar a demanda de serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir, exclusivamente, de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Com isso, elimina-se a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, o que se constitui uma mera ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústias, e, não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vai desembocar nas Unidades de Pronto-Atendimento e Pronto-Socorros, como geralmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação da ESF, o que enfraquece em demasia sua proposição.

As visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas: um diz respeito à otimização dos recursos disponíveis para a assistência à saúde, inclusive de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja indicação explícita para elas, à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, que percorrem o território insistentemente. Portanto é uma diretriz pouco eficiente a visitação de médicos e enfermeiros sem que os mesmos saibam o que vão fazer em determinado domicílio. Contudo a visita destes profissionais deve ser bem direcionada para situações em que realmente seja necessária. Outro aspecto da visita domiciliar

compulsória diz respeito ao fato de que isto pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu espaço de privacidade e liberdade:

O controle que o Estado pode exercer sobre cada cidadão é reconhecido como problema, pois alguns enxergam este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário. O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. A nova relação tem de se dar entre sujeitos, quando tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde (Merhy 2007, p. 107).

Outro aspecto encontrado na ESF é o fato de se mistificar o generalista como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde no interesse da população. Sabe-se que qualquer serviço de saúde necessita de dispositivos que movimentem a micropolítica do processo de trabalho<sup>5</sup> e façam com que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de saúde, para conseguir mudar o perfil assistencial. Neste sentido, seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos

---

<sup>5</sup> O trabalho em saúde tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho da atualidade. Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois, se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Para um melhor aprofundamento, ver: Merhy, E.E. (2002). *Saúde - a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

conhecimentos e operar fazeres. Isto seria a construção de sujeitos integrais, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial.

Um sistema de saúde se produz na articulação e coordenação entre serviços de distintas complexidades tecnológicas, os quais constituem redes de atenção com ação complementar. A efetividade das redes de atenção regional, por sua vez, é dependente da performance de sistemas locais de saúde, que têm sua eficácia e eficiência decorrentes, sobretudo, da capacidade de ação da Atenção Básica.

Na saúde mental o cenário é ainda mais delicado. Historicamente, os serviços foram organizados à parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Dimenstein, Lima e Macedo (2013), isso ocorreu devido à centralidade das ações no hospital psiquiátrico na organização da assistência à saúde mental no Brasil. O manicômio era suficiente. No entanto, com a aprovação da Lei 10.216/2001, tem-se procurado ampliar o acesso à atenção psicossocial pela população em geral, com a estruturação de novos serviços, de forma a articular e integrar os pontos de atenção com as redes de saúde, tendo a APS um papel fundamental, passando à função não apenas de porta de entrada, sobretudo das demandas de saúde mental, mas, inclusive, como elemento articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Pesquisas afirmam que um dos maiores desafios dos serviços substitutivos, hoje se situa na sua articulação com outros serviços e setores. Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, dentre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais. Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços e presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção (Bezerra & Dimenstein, 2008).

A organização da atenção básica, como bem o afirma Campos (2007), deve atender a realização de três tarefas substantivas, sem as quais não se avançaria para a universalidade do SUS. Primeiramente, as ações concernentes à saúde pública, combinadas, em segundo lugar, com a ampliação da eficácia das práticas clínicas, sustentada em vínculos terapêuticos e responsabilização. Por fim, o atendimento de demandas espontâneas, por meio de práticas de acolhimento. Acolhimento compreendido como tecnologia de ação sanitária que só teria sentido e eficácia se articulada à clínica programada e a ações sobre o território.

Diante de todos os problemas mencionados até aqui, a ESF aparece, no cenário das Políticas Públicas no Brasil, com capacidade de atender a grandes camadas da população que está necessitando de assistência. Uma adesão ampla a uma proposta que responde de forma limitada às necessidades de atenção à saúde da população. A ESF articula um discurso de conotação popular, voltado aos pobres, propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde. Ocultando, porém, neste discurso, suas limitações e fragilidade e, pior que isso, ocultando a intenção velada de se promover um sistema de saúde empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres.

É preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando em seus processos decisórios ocorrentes no ato mesmo da produção de saúde. Não é a mudança da forma ou da estrutura de um modelo médico biologizante para outro, e, sim, uma equipe multiprofissional como núcleo, garantindo uma nova lógica na organização do trabalho. Faz-se necessário mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É importante que se associem novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde. Cada trabalhador deve utilizar o máximo da sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários. De acordo com Merhy (2002), o “trabalho vivo em ato”

é o que ocorre no momento mesmo em que o trabalhador se realiza, no imediato fazer da produção do serviço.

Vale ressaltar que a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde. Isto, atentando-se, porém, em que a noção de rede básica não deve se confundir necessariamente com um espaço físico, pois pressupõe, na verdade, um espaço de trabalho em saúde.

Deste modo, pode-se entender que existe uma coerência nos discursos da ESF e naqueles da saúde mental, uma vez que estas práticas têm um olhar mais abrangente, mais integral do sujeito e do seu processo saúde/doença: “A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (Rotelli et al., 2001, p.30).

Atualmente, tem-se como desafio repensar-se o lugar da rede básica como um espaço de trabalho em saúde, a fim de se processar mudanças efetivas nos modelos de atenção à saúde. Podem-se elencar como algumas questões ou desafios:

- 1 – A capacidade de se contemplar ações individuais e coletivas de saúde, junto a cada estabelecimento da rede básica de serviços, uma vez que a ela opera sobre as diferentes dimensões dos problemas/necessidades de saúde;
- 2 – Os estabelecimentos prestadores de serviços são uma rede de serviços articulada tecnologicamente, podendo gerar diferentes opções tecnológicas, em nível individual e/ou coletivo, para o enfrentamento dos problemas de saúde. Assim, intenta-se produzir em todos os estabelecimentos de saúde: acolhimento, vinculação, responsabilização e o compromisso com a busca de procurar soluções efetivas, além de promover e proteger a saúde no nível coletivo;

3 – A construção de uma rede de serviços estruturada de acordo com uma lógica horizontalizada de relações de ajuda, entre os diferentes serviços, de acordo com os tipos de incorporações tecnológicas e as capacidades em gerar opções de enfrentamento dos problemas de saúde. As relações devem ser centralizadas conforme uma rede de petição e compromisso coletiva e pública, deixando-se evidente a conceituação do sistema como um modelo rebasecôcentrico, ficando claro que os serviços especializados servem como ajuda, em uma relação de produtores e clientes interestabelecimentos.

Por tudo isso, a viabilidade e o sucesso do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos. A atenção básica é um direito universal: todo brasileiro deveria ter livre acesso às equipes locais de saúde; a equidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência: o princípio da hierarquização.

Além da importância social, o aspecto econômico, como já mencionado anteriormente, também é um elemento diferencial dos programas baseados na atenção primária, uma vez que podem diminuir sensivelmente a hospitalização e os gastos tecnológicos, pois esse nível de atenção utiliza-se de tecnologias com custo mais baixo do que os utilizados nos níveis especializados (Ronzani; Stralen, 2003). Apesar das dificuldades enfrentadas na rede básica, há um consenso na literatura nacional e internacional a respeito dos avanços da atenção primária à saúde na atenção em saúde mental.

Gonçalves e Kapczinski (2008) apontam que ações de saúde mental na atenção primária têm apresentado elevada resolutividade no Brasil por meio da busca ativa de casos, trabalho em equipe e facilitação do acesso da população aos serviços de saúde –

uma vez que transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores. Portanto, torna-se necessário que as equipes da ESF estejam atentas aos aspectos da saúde mental da população atendida, a fim de que efetivamente apliquem a abordagem biopsicossocial a que se propõem.

Franco e Merhy (2006) apresentam uma crítica à ESF, ao mencionarem que as mudanças na forma ou estrutura do serviço é insuficiente para produzir novos processos de trabalho. Em geral, percebe-se que há uma tendência no sentido de transpor o modelo centrado no médico e a vocação curativa e individual para o trabalho em equipe. Os autores destacam que o caráter prescritivo do programa tende a engessar a criatividade dos profissionais e impedir a formulação de arranjos criativos e autônomos.

A literatura científica nessa área também indica que as equipes de APS têm necessidade de suporte técnico e psicológico para realizar os cuidados primários em saúde mental, tais como: ações de detecção e intervenção precoce ou mapeamento dos casos de transtornos mentais no território; apoio a situações de crise psiquiátrica; acompanhamento para uso racional de medicamentos; prevenção de admissões desnecessárias em hospitais psiquiátricos; elaboração de planos de continuidade de cuidados; estabelecimento e manutenção de sistema de apoio comunitário; estímulo à participação ativa do usuário, famílias e comunidade no cuidado e articulação com a rede especializada de saúde mental (Silveira, 2009, Jucá; Nunes; Barreto, 2009, Andrade et al., 2009).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2003) tem estimulado a inserção da saúde mental na rede básica através de redes de cuidado e da atuação transversal com outras políticas. Simultaneamente, propõe a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, na construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito, e não mais na doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a clínica ampliada e compartilhada é uma importante ferramenta de articulação proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença.

A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam descobrir e atuar na clínica para além das ações fragmentadas, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do sujeito no projeto terapêutico, buscando com isso, sua integração e autonomia, de primordial importância e significado para a realização e inserção da humanização no âmbito da atenção. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas (Brasil, 2006).

Algumas estratégias foram propostas no Brasil para lidar com essas questões. O apoio matricial é uma delas e foi idealizado pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para nortear as ações de saúde mental na atenção básica (Brasil, 2003). Pode ser entendido como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Para Campos (2007), o matriciamento deve proporcionar retaguarda especializada de assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde

de uma equipe, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, o apoio matricial configura-se como forma de compartilhar responsabilidades, exigindo que os profissionais, em conjunto, compreendam o caso e suas necessidades, e só então seria possível eliminar encaminhamentos indiscriminados e decidir sobre responsabilidades de cada profissional. Estudos realizados por Bezerra (2008) apontam para a importância da proposta do apoio matricial em se trabalhar o território, não ficando apenas no contexto do espaço físico do CAPS, ou seja, articulando-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade, desempenhando uma assistência integral. Eles apontam também a troca de saberes e de experiências, além do assessoramento das unidades básicas, como uma contribuição possível do apoio matricial.

Foi nessa perspectiva que, o Ministério da Saúde, criou em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma estratégia que tem o objetivo de ampliar a diversidade e abrangência nas ações da ESF , assim como proporcionar a constante procura por melhorias nos atendimentos à população, buscando promover a produção de novos saberes e uma ampliação da clínica (Brasil, 2008).

A análise da experiência de vários países, consideradas as particularidades do desenvolvimento histórico-cultural dos sistemas de proteção social em cada um deles, pode contribuir para o debate nacional, mesmo que não possam ser reproduzidas integralmente, por conta de seus condicionantes históricos, institucionais, políticos e sociais (Giovanella, 2012). Ainda, segundo a autora, nos países europeus, por exemplo, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, diferente do que se verifica nos países periféricos, nos quais atenção primária, frequentemente, corresponde também a programas seletivos, focados e de baixa

resolutividade para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em pobreza extrema.

O destaque do primeiro nível de assistência nos países europeus está na clínica e nos cuidados individuais, sejam preventivos ou curativos e, em geral, há acordo entre as políticas europeias de que a atenção primária deve orientar a organização do sistema como um todo. Neste âmbito, o médico generalista é o principal profissional de primeiro contato em onze países da União Europeia. Contudo, verifica-se variação quanto ao tipo de serviço e profissional responsável pelo primeiro contato dos pacientes no sistema de saúde nos diferentes países (Giovanella, 2012). Segundo a autora, na Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda, o generalista exerce a função de “*gatekeeper*” a unidade de saúde na qual trabalha é a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde e, serve de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico. Mas, a procura direta aos hospitais e serviços de emergência é ainda uma prática frequente em muitos países, nos quais o sistema de porta de entrada vigora formalmente.

A saúde mental na atenção básica tem sido um tema de interesse crescente no Brasil, de maneira semelhante ao que aconteceu em outros países que passaram por reformas em seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais, tais como o Canadá e a Espanha (Shepherd; Cooper; Brown; Kalton, 1966). Percebe-se que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é relevante, alcançando um terço da demanda. Ao longo do tempo, os pesquisadores do tema concordam que a demanda de saúde mental na atenção básica tem características particulares e, que por isso merece um olhar específico, pois apenas as visões tradicionais da Psiquiatria ou Psicologia não dão conta de abarcar e nem de cuidar (Pereira, 2006).

Em vários países da América Latina e Caribe, de acordo com Kohn et al. (2005), os gastos com a saúde mental e o número de leitos por paciente psiquiátrico, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental é muito menor no Canadá e Estados Unidos. Os autores relatam que, na verdade, o planejamento racional no campo da saúde mental nos países industrializados tem uma clara tendência a dar maior importância a esse tipo de atenção, concentrando esforços na detecção de problemas, em serviços de cuidados primários e no desenvolvimento da medicina comportamental.

Na maioria dos países da América Latina e Caribe, de acordo com Caldas de Almeida (2005), os serviços de saúde mental continuam centrados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, ou seja, em instituições com características manicomial e frequentemente localizadas em zonas isoladas. De acordo com Paulon e Neves (2012), atualmente, percebe-se que apesar dos cuidados em saúde mental se integrarem à atenção primária em praticamente todos os países, esta integração tem sido lenta e parcial. Por outro lado, podemos verificar bons exemplos de funcionamento de uma rede em saúde mental que tem a atenção primária como parte integrante e essencial, como é o caso do Chile, Cuba e Espanha.

O Chile tem desenvolvido com efetividade um programa de detecção, diagnóstico e tratamento de transtornos depressivos em nível primário (Alvarado et al., 2005). Esse programa de alcance nacional é composto por intervenções multicomponentes, através do uso separado ou combinado de psicofármacos, psicoterapia individual e intervenção grupal psicoeducativa com acompanhamento estruturado e sistemático, desenvolvendo-se em âmbito comunitário.

Em Cuba como aponta Martín (2011), esse movimento de substituição do modelo biomédico de assistência em saúde (com foco no diagnóstico e remissão de sintomas) para o biopsicossocial (compreendendo o processo saúde-doença para além do corpo,

vislumbrando a complexidade dos processos sociais e psicológicos implicados) já se desenvolve desde 1959 quando a saúde pública foi alvo de profundas mudanças que se estenderam também à prática psiquiátrica. Foram desenvolvidos serviços de psiquiatria em hospitais gerais, unidades de atenção à crise, hospitais-dia e assistência ambulatorial ligada à atenção primária. Martín (2011) especifica que desde 1995 foram criados centros para atendimento em saúde mental em todo o país que buscam promover um modelo de atenção comunitário com perfil clínico, epidemiológico e social e assegura a manutenção e melhoria da qualidade do serviço à população. Contudo o autor ainda sinaliza que atualmente se faz necessário um sistema de avaliação interna que permita uma avaliação sistemática desses serviços e que sirva como ponto de partida para o estabelecimento de um processo dinâmico para a promoção da melhoria contínua da qualidade.

O que diz respeito à Espanha Dimenstein (2011) expõe suas experiências na rede de saúde espanhola relatando que a Atenção Primária configura-se como a porta de entrada dos usuários na rede, assumindo o papel de organizadora dos fluxos de atenção. A autora cita em seu estudo o *Programa de Enlace com Atención Primaria*, parte do programa de saúde mental no país, o qual tem como objetivos: aumentar a sensibilidade dos profissionais na detecção dos problemas de saúde mental, apoiando-os no tratamento e seguimento desses problemas, evitar a fragmentação entre ações de saúde em geral e saúde mental, além de desenvolver, garantir e consolidar uma assistência integrada e continuada. A autora explica que o Centro de Saúde Mental (CSM) é a base de recepção e encaminhamentos para a rede de saúde mental. Os usuários são encaminhados pelo médico generalista para psiquiatras e psicólogos do CSM de referência e estes encaminham para a Equipe de Cuidados Continuados/ECC (equipe de saúde mental que organiza o trabalho tanto na rede assistencial quanto nos espaços comunitários, tendo a função de garantir os

cuidados tanto ao longo da vida do usuário quanto na relação com os serviços da rede ampliada).

Quando se considera a baixa frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a procura por estes serviços, Figueiredo (2005) ressalta alguns aspectos: a crença generalizada de que as UBS são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos e a dificuldades que estes homens encontram para o atendimento, seja em decorrência do tempo de espera, o que implicaria em ausência no emprego, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado e composto por profissionais, em sua maioria, também mulheres.

Em uma revisão da literatura realizada por Galdas, Cheater e Marshall (2005), foi verificado que também nos Estados Unidos os homens são menos prováveis do que as mulheres a procurar a ajuda de profissionais de saúde para problemas diversos como a depressão, abuso de substâncias, deficiências físicas e eventos de vida estressantes. Afirmam ainda que o principal problema relacionado com a saúde masculina no Reino Unido diz respeito a sua relutância em buscar o acesso aos serviços de saúde. Embora os estudos sejam convergentes na explicação através do "comportamento masculino tradicional", as razões e os processos por trás desta questão, no entanto, têm recebido atenção limitada.

A baixa procura masculina pelos serviços de saúde, no entanto, também ocorre em relação aos serviços privados de saúde. Estudo realizado no Brasil por Gomes et al. (2007) com homens de baixa escolaridade e homens com ensino superior menciona algumas diferenças nos discursos em relação à justificativa para a baixa procura. Para os homens de baixa escolaridade a precariedade dos serviços públicos de saúde e os horários de funcionamento não atendem a sua demanda, uma vez que *“Pra pessoa cuidar da saúde tem que (...) fica difícil pra gente que trabalha, não tem um tempo suficiente”* (p. 569). Já

entre homens com ensino superior e maior poder aquisitivo, o que os possibilita ter plano de saúde privado, embora também se mostrem preocupados com o trabalho, tal preocupação segue uma lógica diferente da dos homens com baixa escolaridade *“Eu acho que a maior dificuldade de um homem é de progredir no emprego que ele tem, conseguir um cargo que ele está almejando”*, neste caso, percebe-se que a ascensão e sucesso profissional estão em primeiro plano, isso faz com que o cuidado com a saúde fique em segundo plano, justificando, assim, a baixa procura.

Pode-se constatar que a maioria dos homens não buscam os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al., 2002), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, resultando no agravamento da morbidade pela não procura na atenção e maior custo para o sistema de saúde. Quando busca um serviço de saúde, o homem o faz de forma tardia, o que resulta no aumento da busca pelos serviços especializados, serviços de urgência e de emergência, ou seja, buscam-se os serviços de saúde quando as patologias já estão instaladas, quando ele deveria fazê-lo de forma muito mais precoce. Ademais, os homens afirmam ter medo que o profissional de saúde descubra alguma patologia, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

No Brasil, como a performance do sistema depende da atuação da rede básica, seria necessário ampliar-se de imediato a cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que deveria ser modificada, dentre outros aspectos, em seu modelo de financiamento, hoje estruturado pela modalidade de incentivo. Contudo uma questão que se impõe a esta perspectiva de ampliação da atenção básica é como não se banalizar a ESF e efetivamente se extrair dela seus efeitos mais potentes (Campos, 2007), principalmente a ampliação do acesso masculino com qualidade. A ampliação da ESF não se faria assim, sem um processo de alargamento das responsabilidades dos gestores, reorganizando-se o trabalho

das equipes com a produção de contratos de gestão, sobretudo no interior das equipes e destas com a população. Este processo tem se mostrado bastante complexo, requisitando muitas vezes determinadas capacidades cognitivas e subjetivas das equipes, que podem não se sentir preparadas para tal tarefa. O campo da saúde do homem vive exatamente isso. Portanto, faz-se necessário explanar sobre a atual política de saúde do homem, seus desdobramentos, princípios e desafios atuais.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009, resultou da movimentação de vários atores coletivos – setores da sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa –, o documento aponta os agravos à saúde dos homens como verdadeiros problemas de Saúde Pública. No plano geral, objetiva-se “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (Brasil, 2009).

A implantação dessa política, dentre outros aspectos, envolve a mudança de paradigmas para que se promovam, junto a segmentos masculinos, os cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias. De acordo com o Ministério da Saúde (2009) isso demanda inúmeras ações que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela capacitação de profissionais e chegando a ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser exitosas, necessitam de mecanismos que lhes deem sustentação.

Um dos princípios ressaltados é a necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares. Especificamente, o objetivo da

política é organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS.

A PNAISH vem preencher uma lacuna no âmbito das políticas de saúde em virtude de já existir vários programas voltados para determinados setores da população, tais como crianças e adolescentes, mulheres, pessoas idosas. Porém, só a partir de então que se vem planejar e efetivar ações de saúde para a população masculina em diversos contextos (rurais e urbanos, *gays*, população carcerária, dentre outros). A seguir, tratar-se-á, de maneira mais abrangente, o que seria a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), a sua proposta e, por que é um dispositivo de tanta importância para o funcionamento da rede de saúde brasileira, levantando-se aspectos relevantes sobre a saúde masculina, sobretudo, os principais desafios que esta política ainda precisa superar.

Por tudo isso, no próximo capítulo será apresentada uma breve evolução histórica sobre a saúde do homem; descrevendo sobre as transformações das concepções masculinas voltadas a sua saúde e procurar identificar as ações programáticas e estratégicas públicas voltadas à saúde do homem. Abordar-se-á também, a construção da atual política de atenção integral à saúde do homem. De início, já se pretende questionar: Será que dentro do contexto atual da saúde masculina brasileira, o homem está se permitindo buscar os serviços de saúde antes voltados às mulheres? O homem cuida no dia-a-dia da sua saúde? Os profissionais de saúde estão qualificados para receber este público masculino? Os serviços de saúde são receptivos com os homens que buscam o atendimento?

### **1.3 Saúde do Homem: Breve Contexto Histórico e a Construção Atual de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**

Os primeiros estudos sobre a saúde de homens surgiram em fins dos anos 70, nos Estados Unidos. Esses estudos estavam centrados em déficits de saúde, tiveram dificuldades para conseguir uma ampla divulgação. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato dos dados evidenciar uma dualidade, podendo ser interpretado de maneira equivocada: se, como grupo, os homens estavam em desvantagem em relação às mulheres em termos de taxas de morbimortalidade, por outro lado, constatava-se que os homens detinham mais poder do que as mulheres em todos os níveis de classes socioeconômicas (Courtenay e Keeling, 2000).

De acordo com Courtenay (2000), Schraiber, Gomes e Couto (2005), para lidar com essa e outras questões, foi necessário, ao longo do final do século passado e início do atual, ampliar a discussão para além das instâncias biológicas e epidemiológicas. A partir dos anos 90, a discussão dessa temática passou a refletir, entre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, sem perder a perspectiva relacional de gênero, buscando uma saúde mais integral do homem.

Um exemplo de como a temática teve seu foco ampliado como ultrapassou fronteiras disciplinares é a ampla revisão sobre a saúde de homens, realizada por McKinlay (2005) na Nova Zelândia. O autor analisou fontes diversas que tratavam de: *status* biológico da saúde de homens; comparações entre a saúde de homens e mulheres; disparidades em saúde; perspectivas filosóficas e sociológicas acerca da masculinidade e dos papéis sociais masculinos; impacto das ações dos profissionais sobre a saúde dos homens e intervenções para a melhoria da saúde de homens.

Com base nesse estudo McKinlay concluiu que as diferenças entre os gêneros, em termos de morbidade, mortalidade e expectativa de vida, se explicam, principalmente, a partir de cinco fatores: especificidades biológico-genéticas de homens e mulheres; diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais; associação entre condutas e distintas

expectativas sociais de homens e mulheres; busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens. O autor observou, ainda, que embora haja certo consenso sobre o fato de o *status* da saúde do homem estar associado tanto aos aspectos biológicos quanto aos de ordem social, desconhece-se qual desses fatores impacta mais a saúde dos homens e como cada um deles pode a ela se direcionar.

No ano de 2000 e 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou duas publicações voltadas para as especificidades da saúde masculina, destacando os comprometimentos desta saúde em diferentes fases da vida, a partir de uma perspectiva relacional de gênero. A primeira publicação focaliza os rapazes nas ações da área de saúde (WHO, 2000). A segunda propõe princípios para desenvolver políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento (WHO, 2000).

A saúde dos homens continuou em cena no cenário internacional (Baker, 2001). Foi objeto da criação de uma sociedade internacional (International Society for Men's Health and Gender) e de um periódico específico, *Journal of Men's Health and Gender* (2004).

No Brasil, em 2005, o periódico *Ciência & Saúde Coletiva* publicou um número voltado especificamente para a saúde masculina. No editorial, propunha-se a consolidação do homem como foco na saúde pública, no sentido de enfatizar: a singularidade de um dos pares do gênero; e evidenciar novas demandas de “ressignificação” do masculino, decorrentes de deslocamentos ocorridos no campo do gênero, para que se possa buscar uma saúde voltada para os homens (Gomes, Schraiber & Couto, 2005). Os editores sinalizam a necessidade da saúde pública aprofundar as relações entre ideologias hegemônicas de masculinidade e processo saúde-doença, para que esse campo pudesse enfrentar certas formas de adoecimento e para promover a saúde masculina e feminina.

Ainda em termos de realidade brasileira, em 2008, destaca-se o lançamento para consulta pública da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde. Partindo da premissa de que os agravos do sexo masculino são problemas de saúde pública, dentre outros, esta proposta tinha como objetivo:

promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (Brasil, 2008, p. 03).

Assim, este documento foi finalmente aprovado no mérito, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 28 de maio de 2009. Em seguida os membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) solicitaram a apresentação do Plano de Ação Nacional (2009-2011) da referida política, que foi desenvolvido pela área técnica entre dezembro de 2008 e junho de 2009. Em agosto de 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, sob a afirmação de que “homem que se

cuida não perde o melhor da vida<sup>6</sup>”. A ideia central deste documento (PNAISH) foi desenvolvida de modo articulado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas. A Política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e privilegia a Estratégia de Saúde da Família. Afirmação esta que se constitui fundamental para a análise do processo de vulnerabilização de homens (Butler, 2003) frente à feminização do masculino no território da heterossexualidade compulsória, pois a família nuclear retorna como *locus* por excelência do investimento deste/neste homem consciente, responsável e cuidador. Ao mesmo tempo, em que é um dos vetores que incidem sobre o caráter subversivo da ressignificação do masculino em saúde. Considerada como um problema de saúde pública, a vulnerabilidade dos homens brasileiros dos 20 aos 59 anos encontra justificativa nos baixos índices de expectativas de vida desta população em relação às mulheres, nos agravos das doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, colesterol, pressão arterial mais elevada, alcoolismo e tabagismo, bem como da estreita relação dos homens com a cultura do risco e da violência. O objetivo geral da PNAISH é a promoção da melhoria da qualidade de vida da população masculina brasileira, como vistas à redução de sua morbidade e mortalidade. Segundo o documento:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo

---

<sup>6</sup> Conforme informações disponíveis no Portal da Saúde: “a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens é a primeira na América Latina, e está inserida no Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançada em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do homem brasileiro”. A campanha completa da PNAISH está disponível no portal saúde.

efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (PNAISH, 2009, p. 38).

Em outras palavras, percebe-se que a definição de saúde parece ainda atrelada à tradicional oposição à enfermidade, na medida em que se dar ênfase a redução da morbidade e mortalidade. Da mesma forma, ao ressaltar o “enfrentamento racional dos fatores de risco”, destaca-se a resolução de problemas de saúde na dimensão da racionalidade e unicamente em indivíduos. Desconsidera-se, portanto, a dimensão da vulnerabilidade (Ayres, 2012) que inclui tanto os aspectos individuais relativos ao risco, como os sociais e os programáticos ou institucionais. Por outro lado, o sistema de saúde parece ainda restrito à oferta de serviços, como resposta a demandas da população. Ou seja, parece muito mais reativo do que proativo, na medida em que não inclui, por exemplo, ações de promoção e educação em saúde.

O documento também faz referência à importância do olhar de gênero para compreensão dos agravos à saúde dos homens, trazendo sem seus objetivos específicos a importância de “incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas”, porém as ações descritas no Plano de Ação, como veremos adiante, não conseguiram fazer essa compreensão se traduzir em práticas orientadas pelo viés transformador de gênero e, enquanto construção social.

Outro aspecto, diz respeito ao material de divulgação da campanha, aliás, pouco divulgado (em TV, rádio e impresso), a ausência da leitura de gênero fica explícita ao focalizar-se em duas informações centrais: 1) os homens morrem mais cedo que as

mulheres e 2) os homens devem procurar o serviço de saúde. Não se faz referência às causas de morte da população masculina, nem que a ausência dos homens nos serviços de saúde também se deve à resistência dos profissionais de saúde orientados por vieses machistas e sexistas. Em ambos os casos, uma leitura de gênero poderia auxiliar em uma abordagem mais complexa do problema.

A PNAISH tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais. Para cumprir esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se considerar alguns eixos. De acordo com Brasil (2008), o Plano de Ação Nacional (2009-2011), por sua vez, apresenta-se sobre a forma de “Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional” e possui nove Eixos:

*Eixo I:* Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010.

*Eixo II:* Promoção de saúde – Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.

*Eixo III:* Informação e comunicação – Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o autocuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

*Eixo IV:* Participação, relações institucionais e controle social – Trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem.

*Eixo V:* Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem – Fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

*Eixo VI:* Qualificação dos profissionais da saúde – Trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS.

*Eixo VII:* Insumos, equipamentos e recursos humanos – Trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE e a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção à população masculina.

*Eixo VIII:* Sistemas de informação – Analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação.

*Eixo IX:* Avaliação do Projeto-piloto – Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em saúde – SCTIE.

De acordo com este documento, o processo de construção do Plano de Ação Nacional (2009-2011) foi realizado a partir de reuniões com representantes de sociedades médicas e da sociedade civil, universidades, gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde. Contudo, o Plano não faz referência às instâncias de controle social (especialmente as Conferências de Saúde) na formulação da política ou do Plano de Ação.

Desta forma, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos. Isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica. As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os consultórios médicos. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político. Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. A partir desta constatação foram convidadas as sociedades médicas representativas destas áreas, juntamente com a participação de outros profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas que participaram de 5 (cinco) eventos distintos, onde foram traçados consensos (Brasil, 2008).

Trata-se de uma política ainda em processo de implementação, restrita a um documento síntese intitulado: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes”, produzido pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. A atual preocupação que a PNAISH traz, mobiliza a discussão sobre o estatuto biopolítico do direito à saúde, em que o reconhecimento de homens como estes “novos” sujeitos de direitos implica duas premissas. A primeira é a admissão de que esse sujeito político mudou de estatuto, pois já tem direitos adquiridos, e a segunda decorre da primeira, e se trata da redistribuição simbólica e política destes direitos, em favor de outras formas de pronúncia do masculino na cena contemporânea que depende de uma (re) negociação e, muitas vezes, implica conflito (Trindade, Menandro & Nascimento, 2011).

Problematizando a assertiva bastante presente no imaginário social de que *os homens não cuidam da saúde*, e que estes apenas procuram os serviços em situações limítrofes, o que está em discussão na constituição desta política pública e o que ela vem

mobilizando no campo social é a implosão da figura do homem universal, em prol da “heterogeneidade das possibilidades de ser homem”. Segundo o documento da PNAISH: “as masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente, sendo a sua significação um processo em permanente construção e transformação”. (Brasil, 2008, p.7).

Essa proposta e as outras, mencionadas anteriormente, atestam que a temática saúde de homens encontra-se em expansão. Neste movimento de expansão, verifica-se tanto abordagens que problematizam o assunto quanto aquelas que o limitam. Para que o debate avance não apenas na quantidade de contribuições, mas também na ampliação do foco da discussão, cabe mencionar o posicionamento de White, Fawkner e Holmes (2006), segundo esses autores, a saúde de homens pode ser definida como tema, condição ou determinante relacionado à qualidade de vida de homens. Pode, ainda, ser vista como requisito para que homens vivenciem saúde física, emocional ou social. Para os autores a saúde de homens ultrapassa a instância específica das doenças relacionadas aos órgãos reprodutivo-sexuais masculinos.

Muitos dos problemas que os homens enfrentam poderiam ser evitados ou mesmo curados com uma intervenção médica prévia ou uma mudança no modo de vida. Contudo, os homens que são educados para acreditar que “*os verdadeiros homens não ficam doentes*” podem ver-se invulneráveis à doença ou ao risco. Quando na realidade ficam doentes, podem tentar suportar a doença ou apenas solicitam assistência sanitária em último recurso. Essas atitudes e comportamentos dificultam os esforços de prevenção contra a Aids. Se os homens verdadeiros não ficam doentes, então “*não é do homem*” preocupar-se em evitar os riscos relacionados com as drogas ou preocupar-se com os preservativos e outras precauções sexuais para prevenir o HIV (Saldanha, Silva, Tenório, Lima, Galvão & Amorim, 2012b).

A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais. Para cumprir esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

Para tanto, de acordo com a história das políticas de saúde voltadas a determinadas populações, faz-se necessário considerar o aprofundamento de estudos relacionados à progressão das políticas voltadas à saúde do homem. Deve-se atentar para a mudança de concepções masculinas com relação à saúde, ao que diz respeito às barreiras socioculturais, torna-se imprescindível ao homem, a promoção de acesso aos serviços de atenção à saúde, buscando assim, mudanças necessárias à prevenção de doenças, por meio de serviços, vistos como atendimentos somente às mulheres.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000) a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais.

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais, essas variáveis não atingem apenas o homem enquanto indivíduo, mas também os profissionais de saúde. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Por tudo isso, o que se percebe é a necessidade de colaborar, de ampliar as discussões e pesquisas científicas com a revisão crítica acerca do processo em curso de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, pois precisa-se romper com modelos explicativos, biológicos, que via de regra, reafirmam a diferença e que nos permitem somente explicar como ou porque as coisas assim são, mas que não apontam contradições, rupturas, arestas, fissuras, que nos permitam enxergar caminhos de

transformações efetivas, eficientes e progressiva. São necessárias transformações profundas e não apenas na aparência, superficiais.

Em se tratando da saúde dos homens em contextos rurais este quadro ainda é mais agravante. As péssimas condições de vida, associadas à situação econômica, desigualdades sociais, a precariedade do acesso à educação, dos serviços de saúde e de segurança no trabalho, de moradias, do saneamento básico e abastecimento de água potável, no contexto rural brasileiro, instiga a reflexão sobre os impactos de tais condições na saúde física e mental, além dos efeitos destas condições em relação à prevalência de transtornos mentais comuns, no contexto rural no Brasil. Fatores como: baixa escolaridade e gênero quando associados à pobreza aumentam a prevalência de TMC, os dados empíricos desta tese, corrobora para esta assertiva.

Muitos têm sido os empenhos para conceituar e caracterizar o que seria rural, bem como do que se entende por urbano. Buscando contribuir com as reflexões que problematizam teórico-conceitualmente tais categorias, Endlich (2010) faz uma breve apresentação dos critérios ainda muito utilizados no tratamento e caracterização dessas categorias. O primeiro critério aponta o rural e o urbano como adjetivos territoriais. Urbano neste campo metalinguístico, estaria vinculado ao “cortês, afável, polido ou civilizado” (p.14). Rural, portanto, carregaria a marca daquilo que é atrasado e rústico. O segundo trata o rural como dispersão e o urbano como aglomeração, caracterizando o urbano e o rural em número de habitantes por quilômetro quadrado. Por fim, a autora ressalta o critério estabelecido de acordo com a ocupação econômica da população. Nessa perspectiva, o rural aparece como *lócus* privilegiado de reprodução das atividades primárias (segmento da economia que reúne atividades agropecuárias e extrativistas), muito questionada no atual debate sobre “ruralidades”, em razão da ideia da existência de um “novo rural”, como será discutido mais adiante.

De acordo com Endlich (2010), considerar tais critérios de forma descontextualizada, sem levar em conta parâmetros históricos e processuais, mostra-se demasiado simplista e estático. Portanto, é importante fugir de um viés meramente economicista ou produtivista na definição da categoria rural, que já não é – ou nunca foi – apenas *lócus* de reprodução do modelo produtivo agrícola. Vale destacar que não é apropriado considerar apenas parâmetros demográficos, uma vez que o rural também não consiste num aglomerado de indivíduos em espaços com baixa densidade demográfica. Nesse sentido, Wanderley (2001) sinaliza para o fato de que não existe um rural único, a-histórico, imutável e generalizável, mas sim “rurais”, frutos de processos históricos diferenciados. A autora destaca que, apesar de ser marcado por muitas particularidades, o contexto rural continua mantendo particularidades históricas, sociais, culturais e ecológicas, condescendendo um espaço físico e social diferenciado.

Na literatura, entretanto, não há consenso acerca da concepção de rural. Até muito recentemente o objeto de estudo da sociologia rural parecia bastante claro: o espaço rural anunciava uma realidade específica, distinta da cidade tanto por sua atividade econômica predominante – a agricultura – quanto por relações de trabalho, produção e manifestações sociais, religiosas e culturais diferenciadas. Tal compreensão, como define Carneiro (2012), parte do pressuposto de que há uma subordinação da realidade social do campo à da cidade, sendo esta última tida como o polo irradiante de cultura, bens e conhecimentos. O campo enquanto realidade social distinta, contudo, poderia vir a desaparecer em função do processo de urbanização.

Assim, como afirma Endlich (2010), os investimentos e o modo de vida urbano que excedem o âmbito das cidades têm evidenciado que, historicamente, o urbano atinge o rural. Isto pode ser constatado, por exemplo, com o avanço dos meios de transporte e comunicação, com a expansão de serviços urbanos para áreas rurais e a incorporação de

símbolos rurais<sup>7</sup> no cotidiano urbano, o que, de acordo com Camargo e Oliveira (2012), aproximou de tal forma essas realidades que o rural não é mais um espaço facilmente caracterizável, mas antes um desafio para estudiosos e formuladores de políticas públicas. Tal aproximação, entretanto, não representou o término do rural, mas gerou o que se denomina por “novas ruralidades”. Segundo Carneiro (2012), essa nova tendência tem como uma de suas principais hipóteses a ruptura da representação do mundo rural atrelada à atividade agrícola. Verifica-se, neste processo, o aumento gradativo de famílias pluriativas, isto é, que utilizam como estratégia de permanência no campo e de melhoria nas condições de vida, a combinação da atividade agrícola com outras ocupações.

Em resumo, Camargo e Oliveira (2012) identificam três tendências no discurso atual sobre o rural: a primeira aponta para uma dicotomia entre o rural e o urbano – concepção clássica que ressalta a existência de modos de vida diferentes entre os sujeitos do campo e da cidade; a segunda indica um suposto fim do isolamento entre campo e cidade, caracterizando o que se denomina de “continuum rural-urbano”, pela gradativa perda das fronteiras entre os dois espaços sociais, marcando o fim da própria realidade rural. A última tendência tem como premissa que, embora haja semelhanças e contínuas aproximações entre o campo e a cidade, estes dois espaços guardam suas especificidades sócio-espaciais e epidemiológicas.

Por tudo isso, será explanado a seguir o que a literatura científica aborda sobre as condições de saúde, no contexto urbano e rural. Além, das condições de vida, necessidades e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública, aos recursos comunitários, bem como o grau de integração e apoio social, fazem parte de um conjunto de aspectos

---

<sup>7</sup> De acordo com Carneiro (2012, p.43) o rural pode ser visto como valor da cultura urbana, o que se percebe, por exemplo, através de expressões culturais como a cultura *country*.

observados no processo saúde-doença-cuidado, aspectos que, portanto, se articulam de forma diferenciada nos contextos urbanos e rurais.

#### **1.4 Contribuições ao Debate sobre o Urbano e o Rural – Contradições e Desafios na Construção das Relações Cotidianas de Saúde na Cidade e no Campo**

A produção científica no Brasil ainda é insuficiente para explicar as complexas relações entre as condições de saúde da população do campo e seus determinantes. Como ponto de partida desta discussão e embasados por alguns autores, far-se-á uma breve explanação sobre alguns conceitos (cidade, urbano, rural). Não há como levar em consideração que as particularidades e singularidades geográficas, impedem que se possa chegar a um consenso, a uma definição precisa, ampla o suficiente, para que se consiga integrar toda a complexa discussão que envolve o tema.

Em se tratando da Psicologia, verifica-se que historicamente a mesma tem voltado seu olhar quase que exclusivamente para a população urbana. Os habitantes das grandes cidades têm sido alvo privilegiado da sua intervenção profissional, além de tornarem-se objeto de estudos e pesquisas no campo psicológico. Embora estudos historiográficos de Antunes (2004) mostrem a existência de trabalhos isolados como o realizado por Helena Antipoff, em 1940, com educação de crianças na zona rural ou mais, especificamente, os do campo da Psicologia Social Comunitária, a partir das décadas de 1960 e 1970, em assentamentos sem-terra, tribos indígenas ou mutirões, em grande parte das pesquisas sobre o desenvolvimento da profissão no país explicita a interdependência entre o processo de modernização brasileira e a expansão do campo profissional (Leite, Macedo, Dimenstein & Dantas, 2013). Nesta mesma perspectiva Mello (1975), em pesquisa sobre a atuação do psicólogo no estado de São Paulo, afirma: “[...] a Psicologia só tem encontrado

aplicação nos grandes centros urbanos ou nas áreas industrializadas, vale afirmar, nas mais ricas e, do ponto de vista cultural, mais próximas dos modelos que os países desenvolvidos oferecem”. (Mello, 1975, p. 35).

Em João Pessoa, na Paraíba, desde que foram iniciadas as investigações em cidades rurais sob a perspectiva da psicologia social, Saldanha (2011) percebe uma enorme lacuna da participação da psicologia nessas discussões, sobretudo no que diz respeito às vulnerabilidades, aos processos psicossociais, às ruralidades e a promoção e prevenção da saúde no âmbito dos contextos rurais. Estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS) apontam fatores culturais diversos e o isolamento a que se vê submetida à população rural parecem distanciá-la das práticas de prevenção.

Em estudo realizado com adolescentes residentes no estado da Paraíba (Saldanha, 2011), com o objetivo de identificação das vulnerabilidades, comparando cidades rurais e de médio e grande porte, obteve-se que as adolescentes residentes em cidades rurais avaliam a sua saúde de forma mais negativamente, tem a iniciação sexual mais precocemente e com parceiros mais velhos e apresentam maior incidência de gravidez. Além disso, em maior número referem não receber informações sobre DST/AIDS e creditam mais a contaminação ao destino.

O limitado número de pesquisas voltadas aos povos de áreas rurais sugere que a extensão das disparidades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde nestas populações não está sendo adequadamente monitorada. De acordo com Viera (2010), os estudos voltados para a avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde existentes no Brasil, em sua maioria, utilizam fontes secundárias de dados, geradas principalmente a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional, estadual ou regional, tais como os Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em se tratando de estudos de base nacional, não são considerados os múltiplos aspectos da organização social das diferentes populações, ou seja, os espaços socialmente construídos e que representam a totalidade das condições de vida não são considerados.

O Ministério da Saúde apresenta em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida. A política é composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades da gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. É uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível (Brasil, 2013, p. 07).

As populações territorialmente definidas como rural e urbana são marcadamente diferentes no que se refere ao acesso e à utilização de serviços de saúde, com desvantagens no acesso e na utilização dos serviços de saúde para as populações rurais, que dispõem de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde (Vieira, 2010). Esta afirmação é corroborada por estudo realizado por Kassouf (2005) ao constatar que uma proporção bem maior de indivíduos utiliza o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano, assim como a maior proporção de pessoas na área urbana procuram atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo é doenças.

A concepção do urbano extrapola a própria cidade, consubstanciando-se na relação cidade-campo, tendo na divisão técnica, social e territorial do trabalho a sua base. Ao mesmo tempo, o uso do conceito urbano também se aplica muitas vezes para qualificar o espaço e/ou as relações que se processam num dado espaço, tendo como contraponto e complemento contraditório o rural (Bernardelli, 2013).

As condições políticas e sociais que permitiram a divisão socioespacial do trabalho, originando a contraposição entre o rural e o urbano, existem há mais de 5.500 anos, desde a Antiguidade. Os limites físicos entre a cidade e o campo encontravam-se expressos de forma mais evidente nas cidades muradas, peculiares do período medieval. Definir os limites, a partir de então, converteu-se em tarefa complexa (Endlich, 2013).

De acordo com Lefebvre (1969), a separação entre a cidade e o campo ganha lugar entre as primeiras e fundamentais divisões do trabalho (a biológica e a técnica). Ela corresponde à separação entre o trabalho material e o trabalho intelectual, pois à cidade tem funções de organização, direção, atividades políticas, militares e elaboração do conhecimento. Portanto, só é possível o reconhecimento da diferença e o exercício de reflexão sobre o rural e o urbano, sobre a cidade e o campo, em decorrência da mencionada divisão do trabalho.

Pode-se dizer que o rural designa uma condição de vida pretérita, que vem sendo superada material e culturalmente. Essa superação não atinge a totalidade da sociedade, pois se trata de um processo que não está isento das contradições que permeia o capitalismo (Sposito & Whitacker, 2013). Para Candido (1971) a vida rural significa uma situação humana em que a sobrevivência só é possível com muito trabalho. O resultado desse trabalho oferece o mínimo necessário para viver. As transformações produzidas nas comunidades rurais pelo processo de urbanização são marcadas pela proposição ou imposição, ao homem rústico, de certos traços de cultura material e não material. Impõem,

por exemplo, novo ritmo de trabalho, novas relações ecológicas, certos bens manufaturados, racionalização do orçamento, abandono das crenças tradicionais, individualização do trabalho e, finalmente, passagem à vida urbana.

De acordo com Sposito e Whitacker, (2013), se o rural significa limitação, o urbano representa uma condição social em que, teoricamente, é possível superar a precariedade. Mais do que a precariedade, o urbano deve compreender também a superação do limite do *economicismo*, do valor de troca e da ideologia do consumo, que gerou a crise da cidade. As condições objetivas, materiais e técnicas foram produzidas no âmbito do modo capitalista de produção. Já a superação real das vidas precárias é, ainda, uma perspectiva.

O efêmero no urbano é algo constantemente sentido e presenciado, posto que as mudanças são visualizadas a todo instante. O espaço urbano, em seu processo de produção e reprodução, passa por constantes renovações e transformações. No urbano, o cotidiano é construído sobre um tempo mecânico. As formas como as pessoas se apropriam do tempo e dele utilizam não são compassadas pelas mudanças naturais. O ritmo do tempo segue a velocidade da mobilidade excessiva dos processos de produção, circulação, troca e consumo de mercadorias. O tempo é movimento no urbano, e é sobre esse constante movimento que são construídos referenciais, hábitos e costumes (Bagli, 2013).

Além disso, nos principais centros urbanos do país vive-se uma situação de crise, marcada por um forte aumento da violência e do desemprego, além das péssimas condições de saúde, educação e habitação enfrentadas por grande parte de seus moradores. Para Marques (2002), o intenso processo de êxodo rural verificado na segunda metade do século XX, responsável pelo alto grau de urbanização alcançado por nossa população, encontra-se hoje em fase de desaceleração, tornando-se cada vez mais significativa a migração entre pequenos municípios rurais e o movimento cidade-campo. É também neste

espaço onde são identificados os menores índices de escolaridade e as maiores taxas de analfabetismo do país. A agricultura concentra hoje os mais baixos níveis de renda média.

As pessoas, portanto, encontram-se imbuídas por uma lógica em que a rapidez dos acontecimentos determina o ritmo de seu modo de vida. Trabalho, descanso, compras e lazer são cadenciados pelo compasso da lógica do capital de maneira mais efetiva. Neste tempo, o relógio é o condutor: controla a hora de dormir, acordar, trabalhar, se alimentar e descansar. Tempo acelerado e curto.

No rural, as relações cotidianas são construídas sobre um tempo mais ligado a uma lógica territorial que se consolida por meio da intensa relação com a natureza. De acordo com Bagli (2013), hábitos e costumes seguem uma ordem diferenciada, na qual as transformações estão atreladas às possibilidades apresentadas pela natureza. As pessoas estão imbuídas por uma outra lógica. Temporalidades diferenciadas: do plantio, da colheita, da poda, da entressafra. Horários que seguem outras rotinas e normas, portanto, que expressam um outro modo de vida. Isso não significa dizer que, nos espaços rurais, não há a determinação de um tempo ditado pela lógica capitalista.

Ao contrário, o desenvolvimento tecnológico dos meios de produção tem permitido aumentar a capacidade de interferência na natureza, mesmo que aparentemente as mudanças não sejam percebidas. Tecnologia que permite controlar determinados aspectos, inserindo maior velocidade à produção de alimentos e matérias-primas. Nos espaços rurais, as relações cotidianas são construídas tendo como base uma intensa ligação com a terra. O sustento da família é assegurado pelo trabalho sobre ela produzido, seja por intermédio dos produtos cultivados (pra venda ou consumo), seja por intermédio da criação de animais (pastagem e outras fontes de alimento). A terra não é mero chão, mas a garantia da sobrevivência (Bagli, 2013, p. 87).

Nos últimos anos, verifica-se, em grande parte do meio rural brasileiro, uma mudança do paradigma produtivo tradicional – baseado na agricultura familiar – para a agroindústria de exportação, em especial, aquela baseada em monoculturas latifundiárias (soja, milho, algodão, etc.). Esta mudança, fortemente influenciada pela política neoliberal adotada no país desde a década de noventa, tem como ponto principal o aumento da produtividade agrícola suportado pelo implemento de novas tecnologias de produção, em especial de agentes químicos utilizados tanto para o controle e o combate a pragas quanto para o estímulo do crescimento de plantas e frutos (Graziano da Silva, Del Grossi & Campanhola, 2002).

Por estes aspectos, percebe-se que o emprego de tecnologias tem possibilitado um maior aproveitamento da terra. O uso de adubos, maquinários e defensivos agrícolas contribui para aumentar a produção. Os avanços da biotecnologia tem contribuído para criar sementes selecionadas mais resistentes e nutritivas, fazendo chegar aos consumidores produtos de maior qualidade e em maior quantidade. Por outro lado, tais tecnologias e agentes químicos tem agravado e colocando em risco a saúde dos trabalhadores rurais, levando-os a sérios problemas de saúde.

Observa-se, portanto, que a qualidade de atenção ainda representa um direito distante da maioria, em especial nas zonas rurais, onde os serviços inexistem ou são insuficientes e, em geral, de baixa qualidade. Para Saldanha (2013) no que diz respeito à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira. Precisa estar livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas.

De modo geral, os estudos (Brentlinger et al., 1999, Silva 1999, Kassouf, 2005) sobre as condições de saúde dessa população associam o estado nutricional com a posse da terra, processos de trabalho e saúde (incluindo o uso de agrotóxicos), morbimortalidade referida e relação com os serviços de saúde. Os resultados desses estudos relatam maior déficit nutricional à medida que diminui a posse da terra, além de evidenciarem um perfil de saúde mais precário da população rural, se comparada à urbana. Ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde no campo, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. O processo de “modernização conservadora” da agricultura no Brasil ainda tem agravado mais esse quadro, uma vez que ampliou a vulnerabilidade socioambiental dessa população (Brentlinger et al., 1999, Silva 1999, Kassouf, 2005).

Para compreender o processo saúde-doença, na região urbana e rural paraibana e, mais especificamente, a realidade mencionada pelos moradores das cidades rurais e urbanas, “doença nervosa”, “estado de nervos” ou propriamente “nervoso” é uma categoria de queixa de saúde encontrada na literatura médica e antropológica. Alguns autores trabalharam o tema com indivíduos moradores dos grandes centros urbanos, como Duarte (1986) e Costa (1987), por exemplo.

Duarte (1987) realizou um amplo estudo sobre a forma com que os trabalhadores urbanos denominam o sofrimento psíquico, articulando as expressões utilizadas pelos trabalhadores para referi-lo com as representações que denotam saberes elaborados coletivamente pelo contexto sociocultural em que se inserem. Costa (1987) debruçou-se para o estudo das queixas nervosas. Procurou demonstrar que o “nervoso” é uma forma de reagir, característica de certos grupos sociais, aos fatores estressantes presentes no meio em que vivem. Tais fatores modificariam os sentimentos e comportamentos considerados pelos indivíduos como universais, naturais, gerando outros que rompem com o modelo

anteriormente vivenciado pelo indivíduo, o que gera sofrimento por perceber sua identidade afastada da norma aceita. Permanecer fora dos padrões psicológicos aceitos pressupõe estar enfermo.

No que diz respeito aos moradores rurais, observa-se que as secas não causam apenas prejuízos econômicos e sociais. Dentre as suas implicações, pode-se citar também os impactos psicológicos. De acordo com Bosch (2004), por exemplo, verificou que durante períodos de secas prolongados acontecem mudanças na relação entre os casais, sobretudo o que diz respeito à comunicação. O marido passaria a conversar menos com a esposa e surgiriam sintomas de estresse e depressão, especialmente naquele indivíduo que é o chefe da família. As gerações mais novas sentem mais dificuldades financeiras para lidar com períodos prolongados de seca, segundo a autora, o que faz com que comumente migrem para buscar trabalho nas grandes cidades, culminando assim, rupturas de laços familiares e sociais.

Embora ocorram com regularidade diferentes crises financeiras – e muitas delas acarretem sérias implicações econômicas e sociais – poucos são os estudos que retratam os efeitos psicológicos desse tipo de evento. Para Ünal-Karagüven (2009), uma crise financeira se instala quando recursos necessários para a sobrevivência não estão disponíveis, desencadeando assim um processo de estresse psicológico.

O estresse psicológico, por sua vez, foi definido por Hobfoll (1989) como uma reação a um ambiente no qual existe pelo menos uma dessas situações: a) a ameaça da perda de recursos concretos; b) a perda desses recursos; c) a ausência de ganhos após o investimento de recursos. Ambos, percepção e perda real ou a falta de ganhos, seriam suficientes para produzir estresse. Perder recursos é mais importante do que obter ganhos no que se refere ao grau de impacto no bem-estar, sendo considerado o principal aspecto no processo de estresse (Hobfoll, 2001; Hobfoll & Lilly, 1993; Ünal-Karagüven, 2009).

Desse modo, adequar recursos pessoais, sociais, econômicos e ambientais com demandas externas é sempre um desafio para a manutenção do bem-estar, determinando a direção e os resultados das respostas psicológicas ao estresse (Hobfoll, 1989).

Embora muitos fatores, tais como, socioeconômicos, colaboram para a situação de saúde nas áreas rurais, Vieira (2010) aponta o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde como um dos seus pilares, seguido pelos problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde, a dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida. Guimarães et al. (2007) e Gerhardt (2006) destacam ainda os fatores culturais, onde as concepções populares sobre as doenças e seus meios de infecção derivadas de atitudes arraigadas que refletem normas culturais e sociais da população, colaborando para uma exposição diferenciada aos problemas de saúde na população rural, podendo levar a uma baixa demanda por modernas intervenções na saúde. Neste sentido, a grande diversidade cultural brasileira pode provocar reflexos na busca do cuidado para a saúde.

No caso da atividade agrícola, a perda de recursos financeiros pode ocorrer por diferentes razões como, por exemplo, o preço dos produtos, oscilações climáticas como falta ou excesso de chuvas, granizo e vendaval (Logan & Ranzijn, 2008). Ademais, não é apenas o agente externo que determina o grau de perdas, mas também as características do contexto (Ünal-Karagüven, 2009), como, por exemplo, a disponibilidade de recursos de enfrentamento sejam eles materiais, sociais ou psicológicos.

No meio rural as discussões no tocante a saúde mental sinalizam que o sofrimento psíquico dos agricultores tem sido uma realidade (Domingues, 2007). A questão do sofrimento psíquico no meio rural tem sido discutida já há algum tempo no âmbito acadêmico. De acordo com Levigard e Rozemberg (2004), no leque de problemas de saúde

dos trabalhadores rurais, a queixa de nervoso tem sido comum, confirmando as estatísticas mais gerais da sociedade. Ainda segundo os autores, as recentes mudanças ocorridas no campo, com extinção da policultura e sua conseqüente desterritorialização e falência de inúmeros agricultores, colaborou para as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população rural, inclusive o aumento de doenças mentais em trabalhadores rurais.

De maneira mais enfática, os estudiosos salientam que a diversificação das atividades exercidas no meio rural configurariam o “novo rural”. Nesse “novo rural”, local do exercício de novas funções, marcado pela intensificação da técnica e modernização das atividades econômicas, segundo Silva (1998), estariam presentes o crescimento do chamado agronegócio, o aumento das atividades não agrícolas – moradia, lazer, prestação de serviços – etc. Tais processos resultariam em uma nova configuração econômica e social, na qual especificidades do campo e da cidade, bem como de suas populações diminuiriam na mesma intensidade em que o campo se tornasse um local pluriativo (Rosa e Ferreira, 2013, p.190). Ainda segundo os autores, o campo é hoje espaço de riqueza e de pobreza, de luta pela terra e dos grandes latifúndios, do agronegócio e da pequena produção, de produção e moradia, do trabalho e do lazer. Porém, alguns estudiosos não levam em consideração esse fato e tendem a aproximar – unicamente do ponto de vista econômico – a relação que se estabelece entre campo e cidade, no sentido de que transformações estariam homogeneizando-os, não se falando mais em rural, mas em “novo rural”, em “rurbano”.

Por tudo isso, Saquet (2013) afirma que é na vida cotidiana que se processa a metamorfose do capital, sua reprodução ampliada, proeminentemente, no espaço urbano em virtude de sua complexidade social, que se traduz em distintos papéis e sentidos. O urbano é produto e condição. Porém ele não se efetiva isoladamente do rural e nem de

outros espaços urbanos. É em ambos (rural e urbano) e em suas relações que se cristaliza a *produção*, no sentido lefebvreano, de *coisas* e *obras*, ideias e ideologias, de ilusões e verdades, da linguagem e de representações, de relações sociais. A produção do espaço urbano acontece interligada ao rural, é processual, contraditória e contém um movimento de totalidade e unidade dialética (reciprocidade e complementaridade). Significa, simultaneamente, apropriação e (re)produção biológica e social do homem, da sociedade, do espaço geográfico e do território (Saquet, 2013, p. 161).

Apesar das melhorias recentes, o Brasil ainda apresenta iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permitem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto, faz-se necessário compreender que a pobreza não diz respeito a falta de acesso a bens materiais, mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis. Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecer e morrer (Brasil, 2013).

A esse conjunto de desigualdades, principalmente regionais e entre rural e urbano, se potencializam, as desigualdades de gênero. Ao se falar nas questões de gênero na zona rural e urbana brasileira se percebem um conjunto de outras desigualdades sociais, que se expressam historicamente quando se compara a população rural e a população urbana, bem

como na comparação entre os diferentes estados e regiões do país. Portanto, a análise das desigualdades e das condições de vida dos moradores de cidades rurais deve levar em consideração as péssimas condições de vida e de acesso a políticas públicas, sobretudo nas regiões mais carentes do país, que afetam não só as mulheres, mas também os homens residentes de cidades rurais, aprofundando ainda mais as desigualdades específicas de gênero.

Vale ressaltar que o conceito de gênero prioriza a construção social do que se entende por ser homem e por ser mulher, trata-se de uma ferramenta interessante para compreender o processo de socialização masculina. As equipes das Unidades Básicas de Saúde encontram-se pouco sensibilizadas para perceber as necessidades de saúde da população masculina, resultando assim uma dificuldade na sua acessibilidade.

Adotou-se como referencial teórico no presente estudo, aspectos relacionados à categoria analítica de gênero e suas implicações no campo das ações em saúde do homem, que deve ser compreendida como categoria relacional, ou seja, diz respeito às relações sociopolíticas construídas entre homens e mulheres, mas também dos homens entre si e das mulheres e seus pares genéricos, o que significa dizer que o gênero perpassa todas as relações sociais, sendo a primeira forma de dar sentido tanto a tais relações como as de poder e de dominação. Como afirma uma das definições de Scott (1990), que enfatiza ainda gênero como um dos três eixos fundamentais que estruturam a identidade do sujeito, seguido por classe e raça, aos quais se pode acrescentar geração, orientação sexual e religiosa. Esta definição destaca-se pela plasticidade atribuída à categoria gênero, renunciando espaço às formas de masculinidades e suas imbricações com a saúde e doença, assim como à análise das concepções de masculinidades contidas na formulação da política específica voltada aos homens.

De forma que não há como falar de homens sem acionar o lugar que constroem nas relações com as mulheres, nas trocas e intercâmbios de expectativas (Costa, 2002), marcas de distinção e lugares sociais. De acordo com Gomes (2008), gênero pode ser entendido como “uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicas, físicas e mentais” (p.64). Sendo assim, gênero diz respeito a construções sociais de expectativas, definições e papéis para que pessoas sejam consideradas como homens e mulheres (Gomes, 2008; Helman, 2003). Dessa maneira, pode relacionar-se tanto a uma categoria de diferenciação entre homens e mulheres, como a objetos, comportamentos e eventos relacionados aos universos masculino e feminino (Costa, 2002).

No próximo capítulo, tecer-se-ão algumas perspectivas acerca das abordagens sobre a saúde dos homens, trazendo à tona a discussão sobre as questões de gênero, explicitados nesta parte do trabalho e, considerados de fundamental importância para a definição de como se procederá a esta investigação.

## CAPÍTULO II - ABORDAGENS SOBRE A SAÚDE DE HOMENS

*“A identidade masculina de gênero tem uma diversidade de dimensões que deveriam ser consideradas para a compreensão e levantamento das necessidades e práticas de saúde voltadas para os homens. No entanto, os padrões hegemônicos de gênero criam obstáculos para o cuidado efetivo da saúde masculina”.*

(Figueiredo, 2008; Nascimento 1999; Schraiber, Gomes & Couto, 2005)

### **2.1 Os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero: Algumas Considerações**

Os estudos em saúde mental realizados sob a perspectiva das relações de gênero são ainda incipientes, tanto em nível internacional, quanto na realidade brasileira. Percebe-se que estudos de gênero voltados para a saúde mental têm sido até hoje muito pouco explorados. A discussão sobre a saúde de homens pode abranger diferentes abordagens, atravessadas por distintos campos disciplinares. Conscientes de que existe um amplo espectro de perspectivas que pode ser utilizado para lidar com a temática em questão, faz-se necessário demarcar não somente o campo em que se circunscreve a discussão, como também o seu foco principal.

Para Gomes (2011), ao se discutir sobre saúde do homem, procura-se situar o debate no âmbito das questões culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos por homens. Para isso, utiliza-se a perspectiva relacional de gênero, ancorada principalmente em uma base sociocultural, procurando trazer contribuições para as ações de prevenção e promoção de saúde de homens, que integram o campo da saúde coletiva. Portanto, adotamos como referencial teórico os estudos de gênero e masculinidade.

Com relação à saúde dos homens o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e

adoecimento da população masculina. Scott (2010) menciona gênero e geração como termos relacionais que implicam em hierarquias e reciprocidades horizontais que são constituídas como relações de poder entre pessoas de sexos e idades diferentes. Seja qual for o seu local de moradia ou de trabalho, cada pessoa vive um mundo permeado por culturas construídas por simbolizações que atribuem, de maneira diferencial e dinâmica, a homens e mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos, certas características.

Após esta concisa explicação sobre gênero e geração, dá-se início a uma breve contextualização sobre o conceito de gênero, sexo e masculinidade. Na década de 1970, com o avanço da “segunda fase” do feminismo, uma crítica sistemática ao essencialismo e ao viés androcêntrico das ciências concentrou-se inicialmente em denunciar a invisibilidade das mulheres e o obscurecimento de temas diretamente relacionados à sua experiência, tais como o trabalho doméstico e a violência conjugal.

Os estudos iniciais que investigavam a *mulher* – categoria empírica – foram substituídos pelos estudos de *gênero* – categoria analítica que rejeitava o determinismo biológico da diferença sexual e enfatizava a construção social do feminino e do masculino. Na década de 1990, os homens foram incluídos como categoria empírica e uma abordagem questionando os modelos de masculinidade hegemônica somou-se aos esforços de desconstrução do essencialismo. Esse campo em constituição alimentou-se também dos estudos sobre sexualidade cuja legitimação foi favorecida pela necessidade de enfrentar a pandemia da Aids. A transição paradigmática dos estudos sobre saúde da mulher para os de gênero e saúde encontra-se em curso.

Assim, para que se entenda masculinidade é preciso definir o que é gênero. É lógico que essa definição (assim como a de masculinidade) está baseada em alguns autores, estudiosos e pesquisadores sobre a temática, tais como: Connell (1997); Checchetto (2004); Gomes (2010); Korin (2001), entre outros.

*Gênero* se “refere às formas como somos socializados, como nos comportamos e agimos, tornando-nos homens e mulheres; refere-se também à forma como estes papéis e modelos, usualmente estereotipados, são internalizados, pensados e reforçados” (Promundo, 2008). Desta forma, as sociedades definem características para diferenciar alguém do sexo masculino de alguém do sexo feminino. Isto significa dizer que o gênero inclui as maneiras como as pessoas devem agir, pensar e sentir para serem consideradas homens ou mulheres. Assim, para a sociedade, não bastam certas características corporais, como órgãos genitais, para que as pessoas sejam vistas como homens ou como mulheres. É necessário que pensem e ajam de acordo com os modelos de masculinidades e de feminilidade. Tais modelos são transmitidos por meio da nossa educação, dos meios de comunicação e da nossa convivência com outras pessoas.

Desde a infância, as crianças são influenciadas pelos papéis de gênero. Aos meninos são ensinadas brincadeiras consideradas masculinas e às meninas, as femininas. Junto com as brincadeiras, são aprendidas regras para que cada criança aja de acordo com o que a família e a sociedade em geral esperam de um padrão masculino ou feminino. Quando o ditado popular diz que “homens não choram”, a mensagem é que para ser homem é preciso ser forte, ou melhor, “durão”, sem se deixar levar pelas emoções. Assim, se um homem se emocionar e demonstrar isso chorando, ainda que seus olhos apenas lacrimejem, ele poderá ser considerado por outros homens ou por algumas mulheres um fraco, uma “mulherzinha”.

Ao abordarmos os temas gênero e sexo faz-se necessário entender estes dois conceitos para que, ao associá-los, tenhamos compreensão de determinados comportamentos humanos no tocante à sexualidade. De maneira ampla, “gênero é a forma pela qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas partes do processo histórico” (Connell, 1995).

Dentro dessa perspectiva, no gênero, a prática social se dirige aos corpos, o que corporifica as masculinidades sem, no entanto, deixarem de ser sociais.

Gênero e sexo não são sinônimos, mas dimensões distintas das experiências humanas. As características anatômicas determinam o sexo ao qual pertence o indivíduo, enquanto que gênero é uma construção social que define o que significa ser de um sexo ou de outro na sociedade (Hardy & Jiménez, 2000). O sexo é definido pelas características anatômicas pelo funcionamento do aparelho reprodutor, enquanto que o gênero compreende uma série de outros significados culturais atribuídos a estas diferenças biológicas. Estes significados variam temporalmente em uma cultura, espacialmente entre uma cultura e outra, e, longitudinalmente, ao longo da vida de um mesmo indivíduo (Korin, 2001).

Assim, hoje podemos ter um homem diferente daquele de gerações anteriores, podemos ter um homem que se modifica com o passar dos anos no contexto de sua própria vivência, e podemos ter um homem aqui no Brasil, diferente daquele que cresceu, por exemplo, em países do Oriente Médio. A esta qualidade dinâmica designada ao gênero que, associada às diferenças sexuais, vai se atribuindo características psicológicas, papéis sociais e econômicos, que resultam em ações e comportamentos específicos do gênero masculino e feminino.

Tomando a saúde mental em uma perspectiva de gênero, entende-se que homens e mulheres vão vivê-la de forma diferenciada, pautando em grande medida pelos modelos socioculturais que conformam as subjetividades, com destaque para os modos de produção e expressão de sofrimento (Zanello, Fiuza & Costa, 2015). Ademais, as questões de gênero atravessam as relações entre homens e mulheres tanto na área urbana quanto na rural, todavia cada contexto apresenta suas particularidades e diferentes maneiras de expressão das desigualdades de gênero.

Destacam-se estudos como o de Courtenay (2000) e Gomes (2007), que assinalam a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor.

Relações de gênero regidas por um padrão conservador não aumentam apenas a vulnerabilidade das mulheres, mas também a dos homens. Força, autoconfiança e invulnerabilidade são atributos que integram a construção cultural da masculinidade. Os homens tendem a replicar essa concepção em seu comportamento com respeito à saúde, facilmente envolvendo-se em práticas de risco nos mais diversos aspectos da saúde (Courtenay, 2000). Em sua vida sexual, os homens são mais incentivados a assumir riscos do que responsabilidades, o que fica evidente, por exemplo, pelo arraigo da crença na naturalização da infidelidade masculina em contraposição à naturalização da fidelidade feminina (Guerriero, Ayres & Hearst, 2002).

Nesse sentido, o gênero, enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação constrói atributos culturais aos sexos desde uma perspectiva relacional. As masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos (Courtenay, 2000). No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino.

Como observa Welzer-Lang (2004), na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta. Para Badinter (1993) é interessante considerar que este processo não se

limita ao contexto de construção do tornar-se homem em contraposição ao feminino, mas é reatualizado constantemente por meio de provas de sua masculinidade inclusive entre seus pares.

As construções de masculinidades, por se estabelecerem em oposição ao universo feminino, se contrapõem a comportamentos baseados no cuidado em saúde (Courtenay, 2000). Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. Demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover essa imagem masculina do “ser forte” pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações (Schraiber, 2005).

Para que se possa entender melhor tudo isso que foi exposto anteriormente sobre relações de gênero, faz-se necessário, também, explicar sobre masculinidade. A construção da masculinidade advinda de um modelo hegemônico historicamente a ele imposto, o qual associa o cuidado à saúde como algo do universo feminino, contribui para a pouca presença dos homens na atenção primária.

Com relação à saúde dos homens o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina. Para Figueiredo (2008), a estrutura de identidade de gênero, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino por excelência, destinado às mulheres, crianças e idosos.

Por não serem fixas, as masculinidades exigem dos homens reiteração contínua perante seus iguais, devendo ser legitimadas por eles. Tais sentidos culturais revestem a

masculinidade hegemônica de um caráter nocivo não só para as mulheres, quando a agressividade transborda como violência intergenérica, mas para os próprios homens, quando tais paradigmas lhes desautorizam a expressão de sentimentos como amor, ternura, dor, fidelidade, etc. (Kimmel, 1997).

Diante do exposto veremos a seguir, uma breve exposição sobre a masculinidade no mundo contemporâneo.

### **2.1.1 A masculinidade em foco: o que é ser homem no mundo contemporâneo?**

Não é fácil responder a esta pergunta. Geralmente, os homens se comportam conforme a sociedade espera. Mas, o que se espera de um comportamento de um homem oscila muito. O que é certo hoje é diferente do que se esperava no tempo das gerações anteriormente existentes e, possivelmente, será diferente para as próximas gerações. Para Gomes (2010), o comportamento dos homens não só muda com o passar do tempo, bem como em cada sociedade. Várias regras são passadas para que os meninos se tornem homem e as meninas, mulheres. Algumas delas são diretas enquanto outras ficam subentendidas na convivência entre as pessoas. A educação recebida na infância influencia no papel que se espera que os homens desempenhem. Não se pode dizer que, por serem influenciados pelos papéis sexuais, as pessoas são iguais a esses papéis ou são cópias deles.

Esta breve discussão que se inicia, trata-se de uma primeira aproximação crítica do conceito de masculinidade hegemônica. A intenção é discutir tal termo e procurar demonstrar a inadequação do conceito de hegemonia para análise das relações de gênero. Alguns autores vêm discutindo sobre a pertinência ou impropriedade da atribuição dos

conceitos de “masculinidade” ou de “homem”. Entretanto, ambas as tendências dão relevância ao conceito de hegemonia no estudo para análises de gênero.

De acordo com Oliveira (2004) observa que a palavra ‘masculinidade’ surgiu no século XVIII, para explicitar critérios de diferenciação entre os sexos. O autor chama a atenção para a insuficiência das definições a respeito dessa expressão e destaca a importância de que o debate sobre a masculinidade leve em consideração suas características históricas, a sua força de arregimentação social, a imbricação com outros lugares simbólicos estruturantes e o seu poder de orientar a formulação de juízos.

Nos estudos norte-americanos, conforme verifica Sabo (2002) e Courtenay (2000), a década de 1970 é o marco para as análises críticas acerca da temática ‘homens e saúde’. Tais análises, atravessadas pela teoria e política feministas, tiveram como ponto inicial a premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde nos homens. Segundo Courtenay (2000), o que foi superficial nesta década ganha consistência nos anos 1980, indicando a necessidade de se mudar à perspectiva, passando dos estudos sobre os homens para os estudos sobre masculinidades.

Em síntese, em termos de demarcação histórica, Welzer-Lang citado por Gomes (2008) sinaliza que os debates políticos e acadêmicos sobre gênero têm sido permeados por questões acerca da masculinidade, deslocando-se do enfoque que priorizava o campo do feminino para uma perspectiva relacional entre os gêneros. O estereótipo da masculinidade veio sendo criticado ao longo do século XX. O movimento feminista, a partir da década de 1970, e o movimento *gay*, a partir dos anos 1980, abalaram as bases naturalistas à dominação masculina, o que possibilitou abrir um vasto campo de pesquisas que abarcasse a discussão da masculinidade.

De acordo com Petersen citado por Gomes (2008), nas últimas décadas do século XX a abordagem de gênero incidiu de forma significativa sobre o feminino. Contudo, na

década de 1990, constatou-se um interesse crescente sobre homens e suas vidas, tangenciado por uma proliferação de informações sobre as emoções masculinas, o relacionamento dos homens com suas companheiras e com outros homens, saúde masculina, sexualidade dos homens e crises de identidade.

Acerca dos estudos de masculinidades, vale ressaltar as observações de Schraiber, Gomes e Couto (2005) ao apontar que:

“os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-as a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens” (p.9).

Ainda sobre esse período, autores como Arilha, Ridenti e Medrado (1998) apontam que, embora os homens tenham sido mencionados em Conferências de População, foi a de 1994 que mais “ênfatizou a necessidade de maior participação dos homens na vida familiar, com o propósito de reequilibrar as relações de poder para atingir maior igualdade de gênero, bem como a participação masculina no campo da vida sexual e reprodutiva” (p.16).

Nos estudos iniciais sobre masculinidade, algumas lacunas foram constatadas. De acordo com Gomes (2008), uma delas se refere à reduzida problematização do por que da identidade heterossexual masculina ter sido institucionalmente tomada como a ideal. Outro problema é o fato de, em alguns estudos, a masculinidade ter sido essencializada. A concepção segundo a qual homens e mulheres são trans-históricos, eternos e essências

imutáveis vem sendo amplamente criticada. Crescem os estudos que, em oposição, defendem que as pessoas não são determinadas, natural ou culturalmente, mas socialmente construídas e construtoras.

Outro aspecto que merece destaque é sobre o poder, que constitui um dos núcleos centrais da masculinidade, quase como se ele fosse implicitamente um atributo do ser masculino. Como diz Pinho (2005, p. 139), “mais poder significa mais masculinidade, e sua ausência, feminilização, na medida em que masculinidade é uma metáfora para o poder e vice-versa”.

Quando influenciados pela lógica da dominação, os homens não só são levados a impor relações de hierarquia com as mulheres e entre eles próprios, como também são incentivados à competitividade na busca de maior poder. Nessa busca, as associações masculino/poder e feminino/subjugação podem se tornar tão presentes a ponto de fazerem com que um homem, para ser visto com maior poder, tenha que ‘feminilizar’ outro homem. Essa competição e hierarquização podem ocorrer por meio de gestos de convite sexual, transformando a vítima em ‘mulher simbólica’ da apalpação dos traseiros ou, ainda, pela competição monetária, uma vez que a capacidade econômica se relaciona à hierarquia social e se vale da metáfora da dicotomia masculino/feminino e ativo/passivo (Almeida, 2000).

Por tudo isso, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Os homens podem se deixar levar, sem perceberem, como prisioneiros nas emboscadas da dominação. Podem viver em tensão e contenção permanentes, mescladas pela violência física ou simbólica, para assegurar a todo custo e em qualquer circunstância sua virilidade (Bourdieu, 1999).

Além das questões que prejudicam o acesso aos serviços de saúde pelos homens, observa-se que a atenção está mais direcionada para as mulheres e crianças. Pinheiro

(2010) buscou compreender como questões da sexualidade masculina são abordadas na Atenção Primária à Saúde. Os resultados confirmaram um tratamento desigual entre os sexos, bem como uma abordagem diferente da sexualidade. Há a manutenção da sexualidade masculina como ativa, impulsiva e exacerbada, em oposição a imagem da sexualidade feminina, vista como passiva e ligada à reprodução.

Após essa breve contextualização, antes de prosseguir, faz-se necessário conceituar masculinidade. Para isso, recorro a Connell (2007), Keijzer (2003) e Oliveira (2004). Com base nestes autores, entendo a masculinidade como um espaço peculiar que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando comportamentos, emoções e atitudes a serem seguidas. Assim, a masculinidade – situada no âmbito do gênero – representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada sociedade. Tais atributos diferenciam-se ao longo do tempo e, em específico, nas classes e nos segmentos sociais.

O conceito de “masculinidade hegemônica”, formulado por R. W. Connell tornou-se um expoente nos estudos teóricos sobre masculinidades. Tal conceito diz respeito àquele grupo masculino cujas representações e práticas constituem a referência socialmente legitimada para a vivência do masculino. Connell (2002, 2007, 2008) define masculinidade como sendo “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”, e menciona que, normalmente, existem “mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade”. Como proposto pelo referido autor, os estudos de gênero e sexualidade têm promovido a mais importante mudança nas ciências sociais e no pensamento social ocidental em geral desde as análises de classe de meados do século XIX (Connell, 1985, p. 260-261).

Ainda segundo Connell (2008), a masculinidade hegemônica significa uma posição de autoridade cultural e liderança, mas não é inteiramente dominante, uma vez que outras

formas de masculinidade permanecem ao lado dela. E é hegemônica não exatamente em relação a outras masculinidades, mas em relação à ordem de gênero como um todo.

Em contrapartida, Cecchetto (2004), aponta para a existência de diversos modelos e, entre eles, alguns são mais valorizados em detrimento de outros. Aquele que é mais valorizado apresenta maior legitimidade e se apropria de outros modelos passando a concentrar maior poder e, por consequência, torna-se o modelo hegemônico. Na concepção deste autor, a masculinidade hegemônica é:

definida como um modelo central, o que implica considerar outros estilos como inadequados ou inferiores. Isso abre caminho para uma abordagem mais dinâmica da masculinidade: a divisão crucial entre uma masculinidade hegemônica e várias subordinadas que lhe servem de contraponto e antiparadigma (Cecchetto, 2004, p. 63).

Assim, masculinidade hegemônica e masculinidade subordinada se articulam para que se possa definir o que vêm a ser uma e outra. Korin (2001) observa que o modelo hegemônico costuma ser visto como o normal, a ponto de muitas pessoas crerem que suas características e as condutas por ele prescritas sejam ‘naturais’. Essa ‘naturalização’ faz com que a masculinidade hegemônica seja vista como uma manifestação biológica, classificando-se como ‘biologicamente desencaminhados’ aqueles homens cuja aparência física, inclinação sexual ou conduta destoem do hegemonicamente estabelecido. Embora tal modelo seja idealmente formulado e dificilmente seguido por todos os homens, ele constitui uma referência que se impõe e se relaciona com os modelos alternativos ou subordinados.

Assim como Schpun (2004), Gomes (2008) considera que convive na masculinidade uma pluralidade de sentidos, a ponto de ser mais adequado falarmos de masculinidades do que masculinidade. A pluralidade da masculinidade obriga a considerar a existência de múltiplos seres homens. Como verifica Pinho (2005, p. 139), “não apenas um homem, mas um homem negro ou branco ou um homem gay ou subsumido pela heterossexualidade compulsória”.

Gomes (2008) nos diz que o olhar plural sobre o masculino deve se manifestar em uma crítica permanente à tentativa de reduzir a masculinidade a uma categoria que torne os homens homogêneos. Contudo, faz-se necessário observar os processos dinâmicos de construção e reconstrução do masculino, fazendo dialogar diferentes campos disciplinares em busca de uma compreensão cada vez maior dos universos de gênero e instigando a pensar em uma vida mais saudável de homens e mulheres, construída a partir da superação de modelos excludentes, monolíticos e redutores que regem o masculino e o feminino.

Para alguns autores (Badinter, 1993; Nolasco, 1995a, 1995b; Almeida, 1996; Dorais, 1994a, 1994b; Ceccarelli, 1997), a crise da masculinidade contemporânea foi um reflexo do movimento feminista ocorrido no final da década de 60, e levou alguns homens a buscarem um modelo que melhor conseguisse descrever suas subjetividades.

A partir de então, passou-se a observar alguns sinais dessa crise, como a criação de clubes de recuperação da masculinidade (próximo do modelo tradicional) e grupos de discussão e de psicoterapia constituídos exclusivamente por homens, em busca de um novo modelo de masculinidade. Outro sinal dessa crise estaria na compreensão de uma feminilização do masculino, na maior visibilidade da homo e bissexualidade entre os homens, assim como drag-queens, travestis e transexuais conformariam figuras possíveis na constituição das subjetividades masculinas (Silva, 2006).

De acordo com Silva (2006), a crise da masculinidade contemporânea se configura a partir de um conflito identitário vivido pelo homem. No nosso entender, esse conflito se constitui a partir de dois momentos distintos: primeiro, a partir da tentativa de se manter um modelo de *identidade de gênero hegemônico* e, ao mesmo tempo, pluralista, ora baseado em modelos tradicionais ora em modelos modernos de masculinidade, e segundo, a partir da impossibilidade de sustentar essa hegemonia no que se refere às subjetividades da maioria dos homens.

Como resultado de tais transformações, percebe-se que na literatura científica, novos conceitos são criados para dar conta dos novos objetos de estudo que surgem. Dentre eles, o conceito de “masculinidade hegemônica” sendo, portanto, um dos mais conhecidos. Elaborado há cerca de mais de duas décadas, tem exercido influência considerável em pesquisas e reflexões sobre relações de gênero, sobretudo para aquelas voltadas para o estudo de homens e masculinidades.

As pesquisas de Medrado (1998) já apontavam que o conceito de masculinidade hegemônica – branca, heterossexual e dominante é um modelo culturalmente ideal. Assim sendo, não é atingível por praticamente nenhum homem, mas de maneira semelhante, exerce um efeito controlador que exclui todo um campo afetivo que é considerado feminino.

A esse pensamento hegemônico de masculinidade, vários debates e estudiosos da área têm atribuído a origem de muitos agravos à saúde e das relações desiguais entre homens e mulheres. Para Korin (2001) esta hegemonia aceita e consentida por homens e mulheres, tem cada vez mais gerado tensões, mal estar, conflito e repúdio. A masculinidade tradicional e estereotipada se opõe aos valores vitais para as relações humanas, como exemplo está à ética, a solidariedade, o reconhecimento mútuo, o respeito à vida e à individualidade e a diversidade humana. Os homens que não conseguem atender

ou satisfazer todos os predicados desta masculinidade sofrem enormemente, chegando a pagar com a própria saúde e em alguns casos com a vida, para demonstrar sua macheza. Os homens, ao não demonstrarem os atributos masculinos, poderiam ser vistos como mulheres ou homossexuais, condição que deve ser fervorosamente repudiada.

Poucos são os homens que conseguem seguir integralmente o modelo de comportamento esperado e a ele atribuído pela sociedade em que vive. Estamos aqui abordando o modelo hegemônico de masculinidade. O estereótipo masculino concebido e considerado “normal” nas sociedades contemporâneas ocidentais nos remete à ideia de um sujeito fisicamente forte, viril, produtivo, competitivo, ativo, envolvido em trabalho físico, capaz de sustentar sua família e possuir várias mulheres. Não se espera sensibilidade, cuidado, fragilidade, emotividade ou dependência. Não se espera também comedimento na performance sexual, no uso de álcool e de drogas, na exposição a riscos e ao ter comportamento agressivo (Medrado, 1998).

No âmbito da construção de gênero as oposições instituem os pares como opostos, excludentes e fixos em suas diferenças, sendo o masculino associado à força/razão/ativo em oposição ao feminino tido como frágil/emotivo/passivo (Giffin, 1994), promovendo a fusão de identidade de gênero com identidade sexual (Medrado & Lyra, 2008).

As identidades sociais de homens e mulheres elaboradas nas relações sociais constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas, igualmente, produzem serviços de saúde baseados em modelos ideais de masculino e feminino que, ao mesmo tempo em que permitiram reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, normalizando-as na direção da reprodução biológica, dificultam visibilizar determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde ( Sarti, Barboza & Suarez, 2006; Couto et al., 2010).

A masculinidade é um modelo que serve para formar a identidade de ser homem (ou a maneira de ser homem), prescrevendo as atitudes, os comportamentos e as emoções a serem seguidas. Aos que seguem tais modelos recebem o atestado de homem. Assim, a masculinidade – como modelo de gênero – é um conjunto de características, valores e condutas que se espera que um homem tenha numa determinada cultura. A forma como a masculinidade é construída pode impactar no uso dos serviços de saúde pelos homens.

Gomes (2008) verifica que em termos conceituais, as expressões ‘masculinidade’ e ‘virilidade’ muitas vezes são empregadas como sinônimos. Entretanto, há estudiosos que estabelecem uma distinção conceitual entre elas. Enquanto a masculinidade estaria associada à posse de características tradicionalmente atribuídas ao sexo masculino, a virilidade seria definida com base na presença acentuada dessas características. Assim, a primeira é uma definição modal, enquanto a segunda se relaciona à intensidade. Porém, a segunda é o único modo da primeira se expressar.

Ao diferenciarem ‘masculinidade’ de ‘virilidade’, (Castañeda, 2006 & Fernández, 2001, citados por Gomes, 2008) trazem considerações pertinentes para a temática da saúde do homem, pois conduzem à ideia de que o gênero masculino não é algo dado, mas sim conquistado. Aspectos culturais devem ser levados em conta para que os sujeitos alcancem o *status* de homem. A virilidade seria reconhecida na medida em que os candidatos a esse *status* demonstrassem tais aspectos. Contudo, a verdadeira virilidade se diferencia da simples masculinidade anatômica, produzida pelo amadurecimento biológico. Ela é um estado precário ou artificial a ser conquistado por aqueles que desejam ser considerados homens, envolvendo, às vezes, difíceis provas a serem vencidas.

No âmbito das relações de gênero, é necessário considerar, como apontam Schraiber et al. (2005), que a masculinidade hegemônica causaria comportamentos danosos à saúde, acarretando risco de adoecimento dos homens. Gomes et al. (2007)

corroboram da mesma ideia e enfatizam que as ‘amarras culturais’ do masculino dificultam a adoção de práticas de autocuidado e a consequente busca de práticas preventivas de saúde por parte dos homens. Tais autores sinalizam, ainda, que, uma vez que o homem é visto como viril, forte e invulnerável, ao buscar o serviço de saúde preventivamente, ele poderia ser associado à fraqueza, insegurança e medo, aproximando-se de representações do feminino – tidas como responsáveis pela manutenção de frágeis práticas de cuidado pelo homem.

Ainda na compreensão da expressão ‘masculinidade’, é imprescindível levar em consideração a expressão ‘homem’. Tendo por base as reflexões de Garlick (2003), que questiona: se masculino se refere à identidade sexual e masculinidade à identidade de gênero, a que se refere homem? Segundo o autor, a expressão ‘homem’ costuma ser empregada para se referir ao adulto masculino, distinguindo-o do jovem que ainda não atingiu a maturidade. Dessa forma, homem tanto aparece como categoria de sexo quanto como uma categorização social (no sentido do jovem que se tornou homem). Para esse autor, nas sociedades ocidentais modernas ser homem não é um *status* conferido automaticamente com base no sexo, mas refere-se a uma particularidade da identidade de gênero.

Ainda segundo Garlick (2003), o conceito de homem serve para problematizar a ambição de separar o sexo masculino da masculinidade (identidade de gênero). Em termos conceituais, homem talvez signifique algo que envolve inextricavelmente sexo e gênero, sendo que um não pode existir sem a presença do outro como algo que o suplementa.

Fernández (2001) faz distinções entre as expressões ‘masculinidade’ e ‘homem’. Para ele, homem – considerado de maneira estrita – é aquele sujeito, designado pela cultura, que possui determinadas características sexuais e adota certos padrões culturais que o fazem ser reconhecido como tal. Por outro lado, o masculino, segundo o autor, é

uma categoria que circula com maior liberdade, pois não se refere necessariamente a um corpo de homem ou de mulher de forma estanque.

A partir de suas proposições, Fernández desenvolveu um conceito de masculinidade.

Masculinidade é um conceito que responde a certos padrões e imperativos culturais que designam certas condições do sujeito, que em nossas culturas tem sido identificado como homem, porém circula de maneira mais livre ao reconhecer que tanto homem como mulher têm ou podem ter características masculinas como femininas (Fernández, 2001, p. 27).

Partindo da premissa de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, entre outras coisas, pela maneira como os indivíduos se comportam na sociedade, discutir a respeito do homem e da expressão de sua masculinidade como resultantes do meio cultural no qual foi socializado, pode colaborar com a análise da relação existente entre saúde do indivíduo e de seus pares e a masculinidade.

Os estudos relativos a homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. A relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas análises da sexualidade e da saúde reprodutiva. Os trabalhos têm abordado os homens por meio de distintas perspectivas: de forma instrumental como apoio à saúde das mulheres; pelo reconhecimento de suas necessidades de informação ou de saúde; de responsabilização por práticas sexuais de risco e de afirmação da necessidade de sua

participação nas questões de saúde reprodutiva e sexual como integrante dos direitos reprodutivos (Medrado & Lyra, 2008).

Ademais, Gough (2006) discute alguns dos pressupostos apresentados no que diz respeito a masculinidade e, particularmente, nas representações de saúde por homens dos estratos mais populares. Segundo a autora, antes de desconstruir os pressupostos da masculinidade, é preciso investigar e discutir o que estes homens entendem por saúde e suas implicações para a promoção da saúde.

Neste mesmo sentido, Dolan (2011) destaca a necessidade de que as pesquisas em relação à saúde do homem enfatizem a articulação entre as teorias de masculinidade e saúde às teorias mais amplas sobre classe social e de saúde que questionam o contexto social e econômico da vida das pessoas, a fim de desenvolver compreensões mais complexas sobre as interações entre a classe social, gênero e práticas de saúde dos homens. O autor sinaliza que as concepções dos homens acerca da masculinidade, juntamente com sua posição de classe, informam sua compreensão dos papéis masculinos e as expectativas que vislumbram deste. Portanto, enfatiza, assim, que algumas práticas que colocam em risco a saúde masculina, estão firmemente enraizadas na realidade material da vida dos homens, não apenas no seu sexo, e como aspectos da masculinidade e da posição de classe, estão intimamente entrelaçadas com a estrutura do comportamento de busca de saúde masculina.

Com esta breve reflexão acerca da masculinidade, pretende-se contribuir para que a área da saúde possa promover ações voltadas tanto para homens como para as mulheres. Não podemos deixar de mencionar as dificuldades que essa área enfrenta para conseguir a participação dos homens nas ações de saúde, o que, pode ser explicado, como mencionam Schraiber, Gomes e Couto (2005), pelo fato que no contexto da socialização dos homens,

não são tratados aspectos como o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros, em geral.

Vários caminhos são necessários para enfrentar esses desafios e superá-los. Entre eles, ressalto a necessidade de refletir sobre as ideias aqui apresentadas a respeito da ‘masculinidade’, uma vez que os significados atribuídos a tal expressão pode não só expandir a compreensão da sexualidade masculina, bem como dar subsídio a promoção de saúde voltada para homens e mulheres, em uma perspectiva relacional de gênero.

Verifica-se que, para que as ações de saúde direcionadas a homens tenham êxito, ampliando e facilitando o acesso e a utilização dos serviços aos mesmos, outras referências de identidade para o ser homem devem ser consideradas. Além dos modelos de masculinidade, existem outras referências identitárias, como a classe social, a raça/etnia e o grupo etário. De acordo com Gomes (2008) o *status* de ser homem também é influenciado pela classe social em que ele se situa, pela etnia a que pertence e pelo momento de vida por ele vivenciado.

No contexto de uma discussão que se dirige a “grupos vulneráveis” e, sendo a vulnerabilidade um conceito que circunda de forma estratégica no debate ético, compete delimitar a que nos referimos quando empregamos. O conceito *vulnerabilidade* é importante para esclarecer a situação na qual as pessoas podem estar expostas a diferentes tipos de riscos, motivo pelo qual elegemos por discutir vulnerabilidade associada às questões alusivas à exposição ou presença de riscos.

Sem pretender esgotar o conteúdo deste debate, cabe aqui explicar em que sentido estamos nos referindo a risco, pois difere daquele adotado no campo epidemiológico, que o define como probabilidade de ocorrência de dano. Tal discussão converge para acepções presentes na teoria social, bem como para o entendimento que figura nas diretrizes brasileiras sobre ética em pesquisa que o definem como *possibilidade* e não *probabilidade*

de dano. Esse é um aspecto que merece assinalar, pois “ao trabalhar com probabilidades, os grupos estudados tornam-se um conjunto de eventos individuais e independentes entre si e não um conjunto de condições interdependentes, que é a característica das populações humanas concretas” (Guerriero, 2001, p.25).

Há uma mudança de paradigma relevante entre o conceito clássico de risco no campo da saúde (e das pesquisas nesse âmbito) e o de vulnerabilidade da maneira como o compreendemos. O primeiro parte do princípio de que é possível fragmentar, dividir os fenômenos para, em seguida, juntar essas partes e então entender o todo. Nessa perspectiva teórica, a vulnerabilidade antecede o risco (Ayres, 2009). Mas, o risco, como possibilidade de sofrer danos durante uma pesquisa e em decorrência da mesma, está intrinsicamente relacionado à vulnerabilidade. Assim, para avaliar adequadamente os riscos envolvidos numa pesquisa, é necessário levar em consideração a vulnerabilidade dos possíveis participantes.

O conceito de vulnerabilidade implica que fatores interdependentes e interatuantes estão mesclados e ativos em cada indivíduo ou grupo de indivíduos o tempo todo, não sendo possível separá-los. Considerando autores que têm trazido contribuições fundamentais sobre o tema (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França- Junior, 2009; Delor & Hubert, 2000; Mann & Tarantola, 1996; Mann, Tarantola & Netter, 1993) na análise da vulnerabilidade, busca-se afatar-se de conceituações estanques em direção a uma lente complexa, multidimensional que articula distintos planos ou dimensões: individual, social e programática.

É com base nesses desafios que discutiremos a seguir, no capítulo III, o Modelo Teórico da Vulnerabilidade. O emergente conceito de vulnerabilidade, atualmente incorporado na saúde pública contemporânea, pode ser brevemente explicado como "o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a

resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais" (Ayres, França Jr., Calazans e Salletti Filho, 2003, p. 123) que estão relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades ao adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.

Para Mann e Tarantola (1996), o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade no âmbito das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos, surge como inovação no cenário da saúde pública mundial no final do século XX. De acordo com Ayres (2009) a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva, nas quais o cuidado às pessoas deve ser responsabilidade de diferentes setores da sociedade, através da multidisciplinariedade.

Neste sentido, a seguir trataremos com mais abrangência este assunto, de grande relevância para a saúde pública contemporânea.

*“A vulnerabilidade é dinâmica, muda para a mesma pessoa, ou grupo, conforme o momento de vida e o contexto. Ninguém é totalmente vulnerável, nem totalmente não vulnerável. Todos somos vulneráveis, em alguma medida e em algum momento”.*

(Ayres, 2012)

## **CAPÍTULO III – O MODELO TEÓRICO DA VULNERABILIDADE**

### **3.1 Compreendendo o conceito de Vulnerabilidade**

O termo vulnerabilidade tem sido bastante empregado nos últimos anos, expressando distintas perspectivas de interpretação. Um dos recursos fundamentais para intervir na saúde pública, como em qualquer área científica, é o instrumental teórico de que dispomos para que se possa fundamentar nossos estudos e pesquisas científicas. Este capítulo propõe revisitar o principal quadro conceitual utilizado para orientação das ações preventivas da saúde pública contemporânea: Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH).

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior susceptibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres, Calazans, Salleti Filho & França Jr, 2006). Desta forma, parte-se do pressuposto de que doenças não existem separadamente das práticas que as conceituam, as representam e respondem a elas para preveni-las ou tratá-las (Paiva & Zucchi, 2012).

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para

o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (Ayres, 1997).

No quadro da vulnerabilidade, como ressaltado por Ayres, Paiva e França Jr. (2012), o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem ser, então, remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. Conforme estes autores afirmam, esta posição é compatível com os conceitos de participação e controle social, uma vez que dependem da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidos como cidadãos plenos, como sujeito de direitos. Na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas (políticas, serviços e ações de saúde) de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas. Neste sentido, melhor do que abordar os traços gerais da desigualdade será compreender a concretude das relações (de gênero, raciais, de classe, de geração, dentre outras) no cotidiano e de que forma estão sendo abordadas pelas instituições competentes.

No entanto, o conceito de vulnerabilidade alinha-se em diversos aspectos com a Nova Promoção de Saúde (NPS), na medida em que ambos buscam compreender e transformar desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de História Natural da Doença (HND) e Nova Promoção. O enfoque da vulnerabilidade promove também um significativo rearranjo dos momentos analíticos desse modelo.

No quadro da vulnerabilidade, Ayres, Paiva e França Jr., (2012) sinalizam que não existe um agente que seja em si mesmo agressor. Qualquer agente – biológico, físico ou químico – só é percebido como tal frente a especificidades das características físicas,

cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais, por sua vez, dependem do ambiente cultural e sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem.

A HND de uma doença e as formas de intervir sobre ela admitem diferentes leituras, segundo a perspectiva de quem as descreva, de que recursos científicos e tecnológicos se disponha, de que saberes e princípios ético-políticos se lance mão. O que o quadro da vulnerabilidade nos mostra é que não há uma História Natural da Doença, senão uma História Social da Doença, não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa História, mas porque social e histórica é também a forma de “contá-la”. A história de uma doença e das intervenções que a acompanham admite diferentes avaliações, dependendo da perspectiva teórica e, também, ético-política de quem a descreve, assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis ou que se prioriza tornar acessíveis (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Contudo, porque o quadro da vulnerabilidade é abordagem baseada em direitos humanos, de acordo com Ayres et al. (2012) ao compreender a história social do sujeito focaliza-se, com ênfase, a *responsabilidade* e a *ação* de governos e dos programas públicos de saúde como parte integrante dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença. Tal responsabilidade está implicada desde a dimensão individual na medida em que esta é concebida como a da esfera da pessoa que é sujeito de direito – direito à saúde integral, à não discriminação, à consideração de sua condição na promoção da equidade.

Sabe-se que pessoas e grupos que não têm seus direitos respeitados e garantidos, têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte (França Jr. & Ayres, 2003). Assim, Ayres, Paiva e França Jr., (2012) verificaram que onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho e à moradia decentes, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à

educação, ao lazer, a constituir família e viver a sexualidade como cada pessoa a define, encontra-se maior vulnerabilidade. Tais autores mencionam também que na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas – políticas, serviços, ações de saúde – de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos que de alguma forma estão implicados nesse processo e buscam compreender o que ele significa.

Ainda de acordo com Ayres, Paiva e França Jr., (2012) a qualidade do processo é sempre preciosa nas abordagens baseadas nos direitos humanos para a redução da vulnerabilidade. As interações, expressão viva de cada processo, merecem especial atenção nas suas três dimensões (individual, social e programática). Além do interesse nos marcos normativos de um país, da compreensão de seus padrões culturais, das suas instituições e das estruturas, será importante apreender a *dinâmica* da vida cotidiana e de sua organização social. Melhor que abordar os traços gerais da desigualdade será compreender a concretude das relações de gênero e raciais, de classe e de geração em cada cena da vida cotidiana, com interesse no modo como em cada local (município, comunidade, rede de relações) a desigualdade está sendo experimentada pelos indivíduos.

Para Ayres, Paiva e França Jr., (2012), a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, propõe a sua operacionalização através da Vulnerabilidade Individual, que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e

qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

O modelo teórico das vulnerabilidades oferece, portanto, um ponto de referência para a análise dos problemas públicos de saúde, porque identifica situações potenciais de vulnerabilidade. Pode-se verificar abaixo, na Tabela 01, as dimensões da análise de vulnerabilidade.

Tabela 01

*Quadro da V&DH: dimensões individual, social e programática*

<b>INDIVIDUAL</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)</b>
<b>Reconhecimento da pessoa Como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas</b>	<b>Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural</b>	<b>Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde</b>
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal	Liberdade Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação Sistemática de direitos	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multissetorial Governabilidade
<b>Recursos pessoais</b> Nível de conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social		<b>Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade</b>
<b>Subjetividade Intersubjetiva</b> Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional	<b>Acesso a:</b> Emprego/salário Saúde integral Educação/prevenção Justiça Cultura Lazer/esporte Mídia/internet	Acesso e equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Nota: Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr. (2012).

Percebe-se que com todas as nuances, imprecisões e ambiguidades ainda presentes, a discussão da vulnerabilidade têm-se expandido para outras áreas da saúde, como saúde da criança, de adolescentes, dos idosos, violência, atenção primária à saúde de modo geral e outros aspectos de implicação psicossocial. No quadro da vulnerabilidade, o indivíduo é compreendido como *intersubjetividade* e como ativo co-construtor e, não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o “comportamento saudável” (Paiva, 2012).

Entretanto, verifica-se que o conceito de Vulnerabilidade apresenta características muito diferentes do conceito de risco. Ele procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam estas situações, num movimento de síntese. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico. Ela tem o objetivo de expressar o “potencial de adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições”. Ayres et al. (2003) afirmam que a vulnerabilidade engloba todos os fenômenos que são excluídos das análises de risco por não apresentarem determinadas características exigidas pelos parâmetros epidemiológicos e estatísticos. Assim, fenômenos que apresentam inconstância, múltiplas causas, interferências, não permanência etc. são os objetos de estudo das análises de vulnerabilidade. Portanto, a vulnerabilidade é multidimensional, implica em nuances e mudanças no decorrer do tempo, sendo, portanto, de caráter relacional. As pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação. Neste sentido, faz-se necessário destacar o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade.

Na investigação que estamos analisando, ou seja, as relações entre vulnerabilidade e TMC é importante atentar para perspectivas que permitam uma aproximação com o

fenômeno do sofrimento mental sem aprisioná-lo em categorias, admitindo maior flexibilidade e diversidade tanto na compreensão quanto nas propostas de intervenção.

Para compreensão da vulnerabilidade faz-se necessário ampliar o olhar, afastando-se do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Dentro desta perspectiva temos, por exemplo, o conceito de clínica ampliada (Campos, 2003; Cunha, 2005) que propõe uma prática clínica mais complexa e longitudinal. Da mesma forma, pensar em termos de vulnerabilidade pressupõe uma abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas à saúde do indivíduo.

Outro aspecto relevante na presente discussão relaciona-se à interface entre o serviço de saúde e a população/comunidade. Identifica-se uma tendência percebida na relação entre profissionais de saúde e população de imposição de uma racionalidade dita “científica” sem que haja uma reflexão mais profunda a respeito dos fenômenos que estão em questão, das vivências dos homens que passam por sofrimento psíquico, bem como do contexto de vida ao qual estão inseridos.

Onocko Campos et al. (2008), ao analisar a subjetividade contemporânea, sinalizam uma tendência ao empobrecimento simbólico e a necessidade de restabelecimento de um espaço subjetivo que propicie a criação de sentidos integradores no cotidiano.

Para Kaës (2005) a saúde psíquica estaria diretamente relacionada com a capacidade associativa, interpretativa, de elaboração e simbolização do psiquismo. Estaria ligada também à capacidade de fazer laços sociais. Ele mostra que as características da sociedade contemporânea vão exatamente dificultar estas operações, fragilizando o psiquismo do sujeito.

Nesse sentido, Sánchez e Bertolozzi (2007) enfatiza que o modelo teórico da vulnerabilidade propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade.

Entende-se, portanto, a partir do conceito de vulnerabilidade como uma convocação para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade. Permite, assim, o repensar sobre as práticas em saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos. Desse modo, a vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, o reconhece, mas busca superá-lo. Vale lembrar que o modelo privilegia, como unidade analítica, o plano do coletivo, e que a estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica dos dados (Ayres, 2002).

Por tudo isso, no próximo capítulo, tratar-se-á dos estudos empíricos, explicando como ocorre nas vivências masculinas a prevalência e vulnerabilidades aos Transtornos Mentais Comuns, tendo como base o modelo Teórico da Vulnerabilidade.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

---

## **CAPÍTULO IV - ESTUDO I – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E VARIÁVEIS ASSOCIADAS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns em homens da cidade de João Pessoa e de cidades rurais paraibanas, associados com fatores socioeconômicos, de estilos de vida, cuidados em saúde e saúde mental.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a prevalência de TMC em homens da cidade de João Pessoa e de cidades rurais paraibanas;
- Verificar quais variáveis se mostram predisponentes para o aparecimento de TMC na população em estudo.

### **4.3 Método**

#### **4.3.1. tipo de estudo.**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter transversal, cujo *design* quantitativo possibilita a determinação da prevalência de fatores de risco à saúde mental.

#### **4.3.2 população e amostra.**

A população deste estudo foi constituída por homens, residentes em cidades rurais e na capital do estado da Paraíba, na faixa etária de 21 a 59 anos. Este recorte etário se deu em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com vistas a valorizar tal recorte populacional.

Embora caracterizem o ambiente rural os municípios que possuem menos de 25.000 habitantes (Travassos, Oliveira & Viacava, 2006), este estudo foi desenvolvido em cidades com até 10.000 habitantes, podendo ser chamadas de “cidades rurais”, o que corresponde a 147 (66%) cidades paraibanas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010), a população masculina paraibana atual é de 1.824.495, sendo 794.310 com idade entre 21 e 59 anos e, destes, 163.107 residentes na capital.

Para estimativa do tamanho da amostra quantitativa, recorreu-se à estratégia sugerida por Gil (1999). O planejamento amostral foi efetuado considerando um intervalo de confiança de 95%; erro de 2% e a prevalência estimada em 20%, considerando a literatura em TMC. A unidade amostral foi, portanto, definida em 256 homens. No entanto, considerando a estratificação em contexto urbano e rural e o objetivo comparativo, optou-se pelo número de 272 para a amostra de cidades rurais e 160 para os residentes na Capital, ficando a amostra geral determinada em 432 homens.

A amostra de residentes em cidades rurais foi extraída do banco de dados de um projeto maior, intitulado “*Vulnerabilidades em saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de residentes em cidades rurais*” aprovado e financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Proc. 405052/2012-0 - MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012), do qual este estudo é parte integrante. Sendo assim, foram selecionados, de forma aleatória, homens procedentes de 34 cidades com até 10.000 habitantes que concordaram em responder aos instrumentos e atendessem aos seguintes critérios de

inclusão: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; b) ser residente no município pelo menos 01 ano; e c) fazer uso dos serviços de saúde locais.

A amostra de residentes na capital do estado foi coletada pela pesquisadora, seguindo os mesmos critérios e procedimentos utilizados na amostra de cidades rurais.

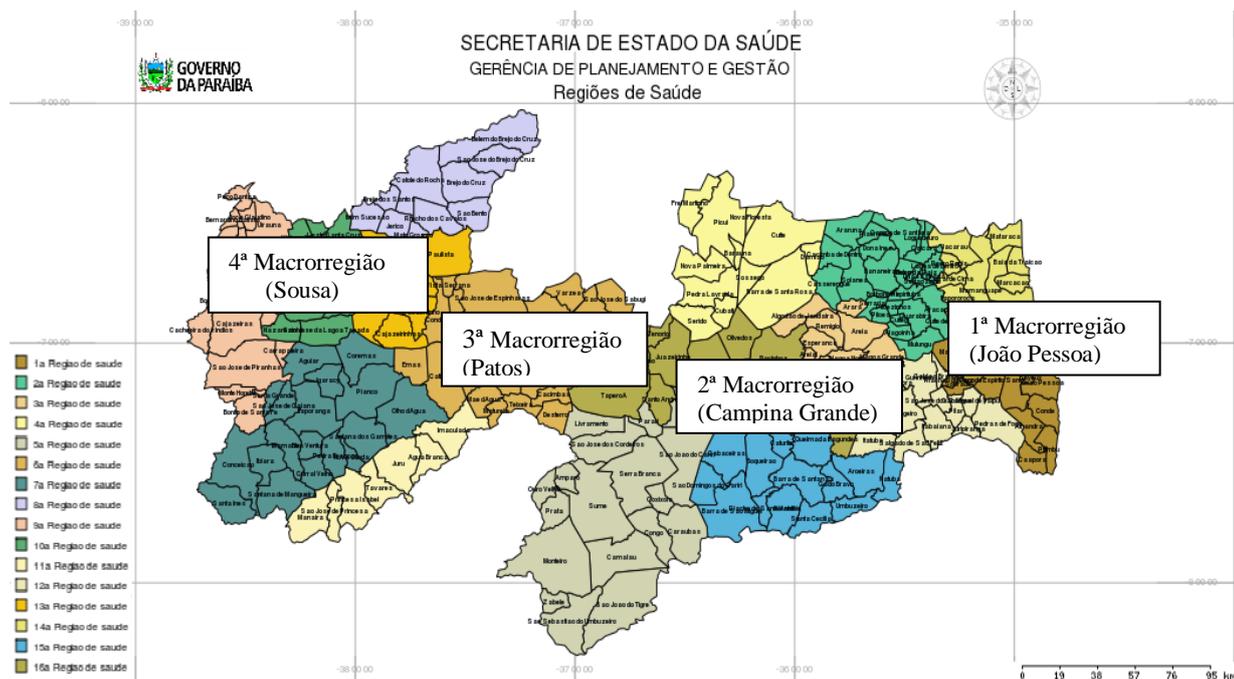
Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

A) Questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas.

B) Ter idade menor que 21 anos ou maior que 59 anos.

C) Residir na cidade há menos de 2 anos.

Levou-se em consideração, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba. No âmbito da organização da assistência à saúde, o território estadual da Paraíba, encontra-se dividido atualmente em 04 macrorregiões de saúde e 16 Regiões de Saúde. Cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios que conformam a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se também em conta a oferta de serviços e as relações intermunicipais (Paraíba, 2015). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população e a riqueza concentram-se nas duas maiores cidades do Estado – João Pessoa e Campina Grande, evidenciando a má distribuição da riqueza, resultantes do processo histórico de ocupação do território paraibano. Conforme pode ser observado na Figura 2, comparando com o mapa geográfico do Estado, as mesorregiões de saúde Sousa e Patos, situam-se no sertão paraibano, região mais castigada pela seca e com piores condições de vida.



*Figura 01.* Mapa das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes. Governo da Paraíba (2015).

A primeira macrorregião polarizada pelo município de João Pessoa é composta por 07 (sete) Regiões de Saúde, totalizando 65 (sessenta e cinco) municípios e uma população de 1.732.585 (Um milhão setecentos e trinta e dois mil, quinhentos e oitenta e cinco) habitantes, representando uma concentração de 29,14% dos municípios, com 47,82% da população do estado. A segunda macrorregião de saúde polarizada pelo município de Campina Grande é composta por 08 (oito) Regiões de Saúde, totalizando 70 (setenta) municípios e uma população de 1.025.343 (Um milhão e vinte e cinco mil, trezentos e quarenta e três) habitantes, representando uma concentração de 31,39% dos municípios e 28,30% da população do estado. A terceira macrorregião de saúde polarizada pelo município de Patos é composta por 07 (sete) Regiões de Saúde, totalizando 48 (quarenta e oito) municípios e uma população de 434.858 (quatrocentos e trinta e quatro mil, oitocentos e cinquenta e oito) habitantes, representando uma concentração de 21,53% dos municípios e 12% da população do estado. A quarta macrorregião de saúde polarizada pelo

município de Sousa é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde, totalizando 40 (quarenta) municípios e uma população de 430.429 (quatrocentos e trinta mil, quatrocentos e vinte e nove) habitantes, representando uma concentração de 17,94% dos municípios e 11,88% da população do estado (Paraíba, 2008).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a Saúde da Família está presente nos 223 municípios da Paraíba, num total de 1.244 Equipes de Saúde da Família. A estimativa da população coberta é de 3.561.501 de pessoas. Isto representa 95,16% de cobertura. O papel desempenhado pela Saúde da Família é fundamental para a prevenção e o tratamento de doenças, por meio do acompanhamento da saúde da população por profissionais qualificados. A atuação eficaz no nível de atenção básica, nas Unidades de Saúde da Família, contribui para reduzir a demanda por serviços de média e alta complexidade, diminuindo os gastos com saúde e evitando o agravamento de enfermidades.

No que diz respeito aos cuidados em saúde, com relação a atenção primária, o último Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado em 2009, verificou que apesar da Estratégia Saúde da Família estar presente nos 223 (duzentos e vinte e três) municípios da Paraíba e cobrir em torno de 95% da população paraibana, há indícios de deficiência na gestão da Estratégia a nível municipal, despreparo em termos de infraestrutura, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual. Ademais, o relatório também constatou a ausência de alguns dos profissionais nas equipes de saúde da família, em especial médicos (alguns municípios não contam com médicos que possam atender ao menos uma vez por semana); entre as consequências de tais constatações podem ser destacadas a diminuição na qualidade do serviço prestado e a elevação no tempo de espera pelas consultas, além da sobrecarga dos profissionais presentes nas unidades de

atendimento. Em sua maioria, os serviços públicos de saúde apresentam problemas estruturais, com dificuldades da população no acesso aos serviços de maior complexidade; ausência de aparelhos e medicamentos (encontrados nos maiores centros urbanos como em João Pessoa e Campina Grande).

Ao se reportar para os cuidados em saúde mental, o quadro dos municípios paraibanos é preocupante. Apesar da Paraíba possuir atualmente com 82 CAPS em funcionamento, com maior número de cobertura deste serviço por habitante no país, tem se mantido por anos como o estado de maior cobertura assistencial (Brasil, 2015), pesquisa realizada por Silva, Dimenstein e Leite (2013) em uma cidade do sertão paraibano apontou que a falta de suporte financeiro, de transporte e de internação afastam os familiares dos pacientes com transtornos mentais graves da rede de atenção psicossocial. Ainda, segundo os autores, como consequência os pacientes buscam alternativas para o cuidado, a saber: uso de recursos religiosos, laborais, medicamentosos e comunitários. Todavia, no que diz respeito aos cuidados de pessoas com diagnósticos considerados leves – como é o caso dos homens com TMC – é possível que tal transtorno esteja a cargo da Estratégia de Saúde da Família, onde as equipes apresentam dificuldades no lidar com esta demanda, ficando o tratamento restrito ao cuidado medicamentoso e encaminhamentos para especialistas (Figueiredo & Campos 2009). Tais fatores associados a forte presença da cultura patriarcal, faz com que o cenário rural venha a se estabelecer em elemento de vulnerabilidade ao adoecimento psíquico masculino.

#### **4.3.3 instrumentos adotados para análise dos dados.**

Foram utilizados os seguintes instrumentos (Anexo I):

- a) *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* - Instrumento desenhado pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Gonçalves, Stein, Kapczinski,

(2008), para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos). As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (por exemplo: cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Morbidade psiquiátrica significativa está associada à presença de 7 ou mais desses sintomas.

b) *Questionário de estilo de vida e violência* – composto de 06 itens referentes à hábitos de vida saudáveis, como: prática de atividade física, uso de tabaco, álcool, etc.

c) *Questionário de Saúde Mental* – composto de 09 itens referentes à vivência de sofrimento psíquico, atendimento em saúde mental, uso de medicamentos, dentre outros.

d) *Questionário socioeconômico e de acesso e busca por atendimento em saúde* - a partir de itens que permitam a construção do perfil dos entrevistados, como por exemplo: idade, escolaridade, classe social, status conjugal, origem rural ou urbana, trabalho, renda familiar, religiosidade, dentre outros. Constou ainda de questões relativas à presença de doenças crônicas e autoavaliação da saúde, estratégias utilizadas ao sentir-se doente, rede de apoio.

#### **4.3.4 procedimentos.**

As seguintes providências foram tomadas para o desenvolvimento do projeto:

a) apreciação do projeto pelo Comitê de Ética.

b) seleção e validação semântica dos componentes do questionário, preparação do questionário geral, aplicação piloto e treinamento da equipe de coleta;

c) seleção definitiva da amostra e coleta dos dados

d) construção do banco de dados, utilizando o programa SPSS, análise descritiva dos dados e interpretação dos resultados;

Os participantes foram abordados em locais públicos (praças, ruas, universidades) e a aplicação dos instrumentos ocorreu em locais públicos ou em domicílios, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para proceder ao levantamento das informações, inicialmente foi informado sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e solicitado a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A aplicação se deu de forma individual, com autopreenchimento ou preenchido pela pesquisadora, o que ocorreu com a maioria, a partir de participação voluntária, sendo continuamente assistido pela pesquisadora para possíveis esclarecimentos de dúvidas e auxílio no preenchimento das informações. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Universitário de João Pessoa (CEP – UNIPÊ/JP) recebendo parecer favorável nº 316.559/13 e cumpre todas as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação no comitê de ética, deu-se início a pesquisa de campo.

#### **4.3.5 procedimentos de análise dos dados.**

O banco de dados foi construído a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows versão 21. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados por meio

de análises gráficas visando identificar a distribuição dos dados e eventuais omissões de respostas.

Os dados coletados por meio das questões fechadas (questionários) foram analisados por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e estatística relacional (Qui-quadrado e *t*-Student, correlação).

A confiabilidade interna do SRQ foi calculada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. As prevalências de TMC foram estimadas e estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão, situação laboral e tipo de atividade), estilo de vida e saúde mental. Foram calculadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95 %. Para avaliação da medida de significância estatística utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, adotando menor/igual do que 0,05.

Para avaliação simultânea dos fatores incluídos no estudo foi realizada análise de regressão logística múltipla, com finalidade exploratória. Foram consideradas na análise multivariada as variáveis que mostraram associação estatística, ou seja, quando o valor de *p* for menor/igual do que 0,05.

A seguir serão descritos os resultados dos dados referentes ao contexto rural e urbano.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO I**

---

## 4.4 – Resultados e Discussões

### 4.4.1 perfil socioeconômico dos participantes.

A maioria dos 432 participantes se encontrava na faixa etária dos 30 aos 49 anos (50%), eram casados (62%), com escolaridade fundamental (34%) ou média (35%), encontravam-se empregados (75%), com renda familiar entre 01 e 02 salários mínimos (48%). Em relação à orientação sexual, 95% se declararam heterossexuais. Apenas 18 pessoas afirmaram orientação homossexual e 04 pessoas orientação bissexual, dos quais 17 residiam no contexto urbano.

Tabela 2

*Perfil dos participantes segundo os contextos e as variáveis sociodemográfica*

Variáveis		Contextos				Total (N=432)	
		Rural (N= 272)		Urbano (N= 160)			
		(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%
<b>Faixa Etária</b>	<i>21 – 29 anos</i>	67	24,6	79	<b>49,4</b>	146	33,8
	<b>30 – 49 anos</b>	147	<b>54,0</b>	70	43,8	217	50,2
	<i>50 – 59 anos</i>	58	21,3	11	6,9	69	16,0
<b>Estado Civil</b>	<i>Solteiro</i>	70	25,8	66	41,3	136	31,6
	<b>Casado</b>	186	<b>86,6</b>	82	<b>51,3</b>	268	62,2
	<i>Divorciado</i>	12	4,4	12	7,5	24	5,6
	<i>Viúvo</i>	03	1,1	-	-	03	0,7
<b>Escolaridade</b>	<i>Sem escolaridade</i>	31	11,6	-	-	31	7,3
	<b>Fundamental</b>	125	<b>46,8</b>	22	13,8	147	34,4
	<i>Médio</i>	88	33,0	61	38,1	149	34,9
	<i>Superior</i>	23	8,6	77	<b>48,1</b>	100	23,4
<b>Situação Laboral</b>	<b>Empregado</b>	167	<b>70,5</b>	129	<b>80,6</b>	296	74,6
	<i>Desempregado</i>	55	23,2	29	18,1	84	21,2
	<i>Aposentado</i>	15	6,3	02	1,3	17	4,3
<b>Renda Familiar<sup>b</sup></b>	<i>&lt; 01 SM</i>	53	23,8	32	20,0	85	22,1
	<b>Entre 01 e 02SM</b>	124	<b>55,6</b>	61	<b>38,1</b>	185	48,3
	<i>02SM</i>	34	15,2	45	28,1	79	20,6
	<i>Entre 3 e 4 SM</i>	12	5,4	22	13,8	34	8,9
	<i>&gt;04 SM</i>						
<b>Religião</b>	<b>Católica</b>	232	<b>86,9</b>	85	<b>53,5</b>	317	74,4
	<i>Evangélica</i>	25	9,4	39	24,5	64	15,0
	<i>Outras</i>	09	3,4	26	16,3	35	8,2
	<i>Sem religião</i>	01	0,4	09	5,7	10	2,3

Nota: <sup>a</sup> Excluídos os casos omissos. <sup>b</sup> Salário mínimo vigente à época da coleta de dados no valor de R\$724,00.

Não obstante, conforme pode ser observado na Tabela 02, quando verificado por contextos de moradia, verifica-se que os homens residentes em cidades rurais apresentam menor nível de escolaridade, prevalecendo o ensino fundamental, mas apresentando casos de ausência de escolaridade, enquanto entre aqueles residentes em cidade metropolitana, predomina o nível superior. Entretanto, a diferença na escolaridade não aponta diferenças substanciais em relação à renda familiar, na maioria, baixa em ambos os contextos. De acordo com Murphy, Olivier, Monson, Sobol, Federman e Leighton (1991), a educação tem um efeito na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.

A afiliação religiosa foi, predominantemente, católica (74%), independente do contexto, ainda que se tenha observado maior diversidade no contexto urbano. A religiosidade, medida numa escala de 0 a 10 pontos, apresentou média geral de 6,83 (DP=2,56), podendo ser considerada como moderada. Analisando pelo contexto, a amostra rural obteve média levemente mais alta (Média=7,01; DP=2,58), do que a urbana (Média=6,52; DP=2,51), obtendo diferença estatisticamente significativa ( $t_{(427)}=1,945$ ;  $p=0,05$ ), não obstante, mantendo-se como moderada.

#### **4.4.2 estilos de vida e violência.**

Questionados sobre atividades de lazer, 15% da amostra total respondeu que não fazem nada, pois a cidade em que residem não oferece opções para lazer ou divertimento. Considerando os contextos rurais e urbano, observa-se que esta falta é mais flagrante nas cidades rurais, sendo afirmado por 20% dos respondentes que nelas residem contra 7% dos moradores na capital. Estes e outros dados podem ser observados na tabela 3, a seguir.

Tabela 3

*Perfil dos participantes segundo estilo de vida*

Variáveis		Contextos				Total (N=432)	
		Rural (N= 272)		Urbano (N= 160)			
		(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%		
<b>Lazer</b>	<i>Nenhuma/ficar em casa</i>	50	20,3	09	6,6	59	15,4
	<b><i>Encontro família/amigos</i></b>	85	<b>34,6</b>	39	<b>28,5</b>	124	32,4
	<i>Jogar futebol</i>	48	<b>19,5</b>	21	15,3	69	18,0
	<i>TV/Internet</i>	05	2,0	33	<b>24,1</b>	38	9,9
	<i>Festas (shows)</i>	22	8,9	08	5,8	30	7,8
	<i>“Beber”</i>	17	6,9	12	8,8	29	7,6
	<i>Viagem</i>	02	0,8	13	9,5	15	3,9
	<i>Caça e pesca</i>	11	4,5	-	-	11	2,9
	<i>Igreja</i>	06	2,4	02	1,5	08	2,1
<b>Atividade Física</b>	<i>Sim</i>	73	26,9	49	30,6	122	28,3
	<i>Algumas Vezes</i>	59	21,8	52	32,5	111	25,8
	<i>Nunca</i>	139	<b>51,3</b>	59	<b>36,9</b>	198	45,9
<b>Tipo de Atividade</b>	<i>Futebol</i>	60	<b>48,0</b>	17	18,3	77	35,3
	<i>Caminhada</i>	50	40,0	24	25,8	74	33,9
	<i>Academia</i>	11	8,8	44	<b>47,3</b>	55	25,2
<b>Uso Tabaco</b>	<i>Sim</i>	57	<b>21,0</b>	27	16,9	84	19,4
<b>Uso Álcool</b>	<i>Sempre</i>	37	13,7	24	15,1	61	14,2
	<i>Às vezes</i>	135	50,0	86	54,1	86	51,5
	<i>Nunca</i>	98	36,3	49	30,8	49	34,3

Nota: <sup>a</sup> Excluídos os casos omissos.

Dentre as atividades citadas para o lazer, pode-se verificar perfis diferentes entre os contextos urbanos e rurais. Embora os homens de ambos contextos citem o encontro com amigos e família como lazer mais prevalente, as citações seguintes remetem a uma vida mais natural e ao ar livre nos homens rurais, tendo como exemplo a prática de futebol, a caça e pesca, enquanto, por outro lado, os homens da cidade urbana se dedica aos jogos eletrônicos em ambiente fechado.

Desde já se destaca a ingestão de álcool como atividade de lazer, prevalente em 7% dos homens rurais e 8% dos homens urbanos. Este dado é reforçado pela pergunta direta sobre o uso de álcool, onde 14% afirma ingerir sempre e 51% às vezes, sem diferença estatística entre os dois grupos investigados. O uso de tabaco, por sua vez, foi maior (21%) entre os homens rurais do que entre os homens urbanos (17%), embora não tenha apresentado diferença estatisticamente significativa.

A maioria dos homens afirmou não praticar nenhuma atividade física sistemática (46%). O sedentarismo foi maior entre os homens residentes em cidades rurais (51%), contra 37% dentre os que residem na capital. O que contribui para problemas de saúde, uma vez que a atividade física praticada com regularidade auxilia na diminuição de sintomas e controle de determinadas doenças, tanto no que diz respeito a enfermidades crônicas quanto psicológicas.

De acordo com Gomes (2010) a inatividade pode ocasionar várias doenças ou aumentar o risco de morte. A prática de exercícios físicos traz inúmeros benefícios, além de promover a saúde do coração. Ademais, ela pode atuar tanto no bem-estar físico como no mental, reduzindo a ansiedade.

Na atualidade, todas as organizações de saúde estão cientes de que a maioria das enfermidades está articulada com o estilo e a qualidade de vida. Entre os hábitos mais recomendados para se ter uma vida saudável nas sociedades contemporâneas está a atividade física, aliada imprescindível para se alcançar e se manter uma boa saúde. O sedentarismo, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como o gasto de calorias abaixo de 2.200 pontos por semana, ao contrário, se associa a vários agravos à saúde (Gomes & Minayo, 2016). Ainda segundo os autores, Em 2003, em seu relatório técnico nº 916 sobre “Prevenção de doenças crônicas” observou que a inatividade física é um perigo crescente para a saúde global, tanto nos países desenvolvidos como nos

subdesenvolvidos, particularmente entre os pobres que moram nas grandes cidades. Em 2011, noutra publicação acerca de doenças não transmissíveis, a OMS apontou a inatividade física como o quarto maior fator de risco para a mortalidade no mundo.

As atividades praticadas, assim como nas atividades de lazer, diferem de acordo com as características dos ambientes. Os residentes em cidades rurais priorizam atividades praticadas ao ar livre, a exemplo do futebol e caminhada, enquanto os residentes em cidade urbana, as atividades em academias, portanto, em ambientes fechados. De forma geral, ao analisar as variáveis características do estilo de vida, observam-se situações de vulnerabilidades provenientes da falta de lazer, uso de tabaco, bebida alcoólica e sedentarismo.

Embora o modelo hegemônico de masculinidade já tenha sido tão amplamente criticado, convivendo com outros modelos, ainda prepondera à noção de que existe associação entre a masculinidade viril, competição e violência, que constitui em maior vulnerabilidade do gênero masculino vir a se envolver com a violência, ora como autor ora como vítima. No campo da saúde, observa-se elevados índices de mortalidade e de internações hospitalares provenientes da violência que incide sobre a população masculina, bem como, entende-se que a vivência da violência pode ser causa de TMC. No presente estudo, 23% dos homens relataram terem sido vítimas de violência, dos quais 44,4% residentes em cidades rurais e 56% no contexto urbano ( $X^2_{(1)}=18,887$ ;  $p=0,00$ ), sendo, na maioria, física (38%) ou verbal (35%), tendo como agressor um desconhecido (84,2%). Estes dados podem ser vistos na Tabela 04.

Tabela 4

*Prevalência de Violência versus Agressores*

Tipos de Violência	Agressores						Total
	Desconhecido		Cônjuge		Intrafamiliar		
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	
Física	<b>14</b>	10	01	-	03	01	29 (38,1%)
Verbal	02	<b>21</b>	01	-	-	03	27 (35,5%)
Assalto	04	06	-	-	-	-	10 (13,2%)
Psicológica	02	04	-	01	01	-	08 (10,5%)
Sexual	-	01	-	-	-	01	02 (2,6%)
Sub-Total	22	42	02	01	04	05	<b>76</b>
Total	64 (84,2%)		03 (3,9%)		09 (11,8%)		<b>(100%)</b>

Nota: <sup>a</sup> Excluídos os casos omissos.

As causas externas – violências e acidentes – exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número elevado de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas e seus efeitos extrapolam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas (WHO, 2002).

Vale destacar os apontamentos de Moura et al. (2014) ao mencionar as visitas domiciliares como importante fonte de informação para a identificação de situações de violência envolvendo homens, tanto como vítima como agressor, contudo o acolhimento se dá basicamente para a vítima e o encaminhamento se refere principalmente aos cuidados de saúde e denúncia para a vítima, reafirmando a necessidade da validação e da utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para homens e mulheres em situação de violência na rotina de trabalho das equipes da ESF/UBS a partir da complexidade e importância deste tema na área da saúde/saúde mental.

#### **4.4.3 cuidado em saúde: acesso aos serviços.**

Para pouco mais da metade da amostra (59%), a última busca por atendimento em serviços de saúde ocorreu nos últimos seis meses, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois contextos de estudo. No entanto, constata-se que os homens ao buscar atendimento nos últimos seis meses, procuram mais por serviços de prevenção secundária (pronto-atendimento de urgência) e terciária (acidentes de trabalho, de trânsito), estando, ainda, a atenção básica pouco procurada para a prevenção e promoção da saúde pela população masculina. Tais aspectos podem ser constatados na tabela 5, a seguir.

Tabela 5

## Acesso e Atendimento nos Serviços de Saúde

Variáveis		Contextos				Total (N=432)	
		Rural (N= 272)		Urbano (N= 160)			
		(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%
<b>Último atendimento</b>	<i>Até 6 meses</i>	146	<b>55,5</b>	100	<b>63,7</b>	246	58,6
	<i>6 meses – 01 ano</i>	47	17,9	18	11,5	65	15,5
	<i>Acima de 01 ano</i>	69	26,2	39	24,8	108	25,7
<b>Esfera do Serviço</b>	<b>Público</b>	208	<b>77,9</b>	85	<b>53,1</b>	293	68,6
	<i>Privado</i>	59	22,1	75	46,9	134	31,4
<b>Tipo de Serviço</b>	<b>PSF</b>	142	<b>55,5</b>	35	19,8	177	44,1
	<b>Clínica Particular</b>	45	17,6	70	<b>60,9</b>	115	28,7
	<i>Hospital Público</i>	50	19,5	18	12,4	68	17,0
	<i>UPA</i>	06	2,3	16	11,0	22	5,5
	<i>Policlínica Pública</i>	13	5,1	06	4,1	19	4,7
<b>Motivos</b>	<b>Pronto-Atendimento</b>	117	<b>46,8</b>	15	9,8	132	15,4
	<i>Sintomas (Especialistas)</i>	66	26,4	52	34,0	118	29,3
	<b>Prevenção</b>	35	14,0	67	<b>43,5</b>	62	15,4
	<i>Controle Crônico</i>	12	4,8	29	19,0	41	10,2
	<i>Transtorno Psi</i>	14	5,6	12	7,8	26	6,5
	<i>Dengue, Zyka,</i>	01	0,4	16	10,5	17	4,2
	<i>Chikungunya</i>	04	1,6	-	-	04	1,0
	<i>“Trocar receita”</i>						
<b>Acesso</b>	<b>Fácil</b>	229	86,1	141	88,7	370	87,1
	<i>Difícil</i>	37	11,3	18	11,3	55	12,9
<b>Locomoção</b>	<b>Transporte próprio</b>	131	<b>49,6</b>	101	<b>64,0</b>	232	55,0
	<b>Caminhando</b>	104	<b>39,4</b>	30	19,0	134	31,8
	<i>Ônibus</i>	04	1,5	23	14,6	27	6,4
	<i>Carro alugado</i>	13	4,9	-	-	13	3,1
	<i>Ambulância</i>	09	3,4	02	1,3	11	2,6
	<i>Bicicleta</i>	03	1,1	02	1,3	05	1,2
<b>Dificuldades</b>	<b>Demora/Mau atendimento</b>	28	<b>35,4</b>	30	<b>41,7</b>	58	38,4
	<i>Distancia/Locomoção</i>	20	25,3	05	6,9	25	16,6
	<i>Agendamento</i>	09	11,4	12	17,6	21	13,9
	<i>Indisponibilidade Recursos</i>	12	15,2	05	6,9	17	11,3
	<i>Falta de Médicos</i>	06	7,6	11	15,3	17	11,3
	<i>Turno de atendimento</i>	-	-	07	9,7	07	4,6
	<i>Financeiro</i>	04	5,1	02	2,8	06	4,0
<b>Alternativa Atendimento</b>	<b>Automedicação</b>	135	<b>64,3</b>	95	<b>68,8</b>	230	66,1
	<i>Chás</i>	36	17,1	13	9,4	49	14,1
	<i>Remédios caseiros</i>	27	12,9	21	15,2	48	13,8
	<i>Farmácia</i>	12	5,7	09	6,5	21	6,0

Nota: <sup>a</sup> Excluídos os casos omissos.

Na literatura científica (Schraiber, Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro & Machin, 2011; Moura, Santos, Neves, Gomes & Schwarz, 2014; Moreira, Gomes & Ribeiro, 2016), observa-se, ainda, um forte destaque acerca da ausência dos homens na atenção básica à saúde. Como verificado nos estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) que a procura por serviços de saúde, no âmbito da população masculina, ocorre principalmente por serviços emergenciais, como pronto-socorro e farmácias e, nesse último, configura-se para os homens como uma atenção semiprofissional de modo que, sem perda de tempo e necessidade de marcação de consulta, os homens anseiam solucionar seus problemas de saúde.

No entanto a esfera dos serviços ( $X^2=28,524$ ;  $p=0,00$ ) e o local de atendimento ( $X^2=66,686$ ;  $p=0,00$ ) foram diferenciados. Os homens das cidades rurais foram mais à serviços públicos (78%), em especial o PSF (55%) e o hospital público (19%), em busca de pronto-atendimento (47%), enquanto os homens do contexto urbano procuraram mais consultas especializadas em consultórios particulares (61%), visando a prevenção de doenças (43%) ou atendimento por especialistas (34%).

O resultado referente ao contexto urbano, com relação ao elevado percentual no que diz respeito ao tipo de serviço, sendo o consultório particular o mais procurado pela população, reflete a importância de se rever questões estruturais que se repetem no âmbito da saúde pública. Tal serviço na esfera privada têm sido via de acesso para a população masculina, haja vista as dificuldades encontradas pelos homens no Sistema Único de Saúde. De acordo com os autores Capilheira e Santos (2006), Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) afirmam que há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim.

Sobre este respeito, Almeida, Santos, Vasconcelos e Coenga-Oliveira (2011), sinalizam que possivelmente os homens mais velhos, acima de 60 anos, preocupam-se

mais com o corpo, a alimentação e o acompanhamento médico porque neste momento da vida, o corpo costuma dar sinais de debilidade, tanto em termos estéticos quando funcionais e as visitas aos médicos tornam-se mais frequentes. O enfoque na saúde na vida adulta parece ser, então, mais curativo. Já os homens jovens parecem focalizar mais na prevenção. Como grande parte sente seus corpos no auge do vigor e da beleza física, os jovens podem possuir um foco menor no corpo e nos cuidados médicos. Todavia, encontram-se preocupados com a qualidade de suas vidas, estão num momento de definições profissionais e sociais importantes e o que fazem com o tempo é uma questão relevante para eles (Almeida et al., 2011, p.142). Deve-se considerar, ainda, que o conceito de saúde durante muito tempo, esteve associado unicamente à ausência de doenças, de modo que ser saudável significa ter um corpo não doente. Esta concepção reducionista e organicista foi sendo modificada ao longo do tempo e a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1976) só começou a romper as barreiras do “biologicamente saudável”, atingindo a dimensão do bem-estar psicossocial, recentemente. Desta forma, a educação no sentido de prevenção e promoção da saúde numa perspectiva integral, é uma proposta recente, que tem atingido mais os jovens e os mais escolarizados. Para Almeida et al. (2011) da mesma forma, é de se esperar que esta perspectiva encontre maior ressonância entre as pessoas com escolaridade mais alta, pois estas possuem maior acesso à informação de maneira geral.

O acesso ao serviço foi avaliado como fácil (87%), sem diferença estatística significativa entre os grupos, cuja locomoção se deu, para a maioria, por veículo próprio (55%) – carro ou moto – maior para os homens do contexto urbano (64%) do que rural (50%) ( $X^2=54,527$ ;  $p=0,00$ ), que também se deslocaram caminhando (39%). As maiores dificuldades relatadas foram a demora e mau atendimento para ambos, além da distancia e locomoção (25%) para os homens do contexto rural e a dificuldade no agendamento para

os homens do contexto urbano (17%). Conforme pode ser observado no item *Dificuldades*, na Tabela 5, as dificuldades mais citadas pelos homens residentes no contexto rural se referem à aspectos estruturais e materiais (distancia/locomoção, indisponibilidade de recursos à exemplo de material e maquinário para exames, medicamentos, dentre outros, e dificuldades financeiras), enquanto para os homens residentes em contexto urbano, ou seja, neste caso na capital do estado, as maiores dificuldades se referem aos aspectos subjetivos (mau atendimento, demora no atendimento, dificuldade para o agendamento, indisponibilidade de turno de atendimento e a falta de médicos). Ademais, ao se falar em dificuldades no acesso aos serviços de saúde, percebe-se também, o quanto esses serviços são fundados em perspectivas que desfavorecem o acesso masculino, pois ainda não se pensa a política de saúde do homem a partir do sujeito e, sim, dos padrões sociais.

Sobre estes aspectos os estudos realizados por Gomes et al. (2007) revelam que os homens ao procurarem os serviços de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e, por questões econômicas não podem buscar um atendimento privado. Corroborando com os achados encontrados em estudo de Leal et al. (2012) ao justificar que um problema reconhecido é a rede de apoio deficitária, destacada, nesse cenário, pela ausência, em função da PNAISH, de fluxos específicos para homens, o que vai de encontro às expectativas masculinas de rapidez e resolubilidade. Os profissionais de saúde acreditam que o longo tempo de espera em atendimentos também agrava o problema do absenteísmo masculino.

Para driblar estas dificuldades, na impossibilidade de recorrer aos serviços de saúde, utilizam da automedicação (66%), sem diferença entre os grupos. Além disso, fazem uso de chás de ervas naturais (14%), remédios caseiros (*lambedor*, infusões) (14%) e 6% *consulta* ao atendente da farmácia (nem sempre farmacêutico). Corroborando assim,

com os dados encontrados por Gomes, Nascimento e Araújo, (2007) em que os homens, diante de algum problema de saúde, procuram medidas de tratamento alternativas, desde o uso de chás até automedicação, buscando orientação de algum farmacêutico, quando possível. Neste sentido, a maior incidência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácias, sugere que os homens preferem respostas mais objetivas às suas demandas (Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Figueiredo, 2005) considerando que nesses espaços os homens são atendidos mais rapidamente e conseguem expor seus problemas com maior facilidade.

A esse respeito Medrado et al. (2011) sinaliza a crítica à medicalização dos corpos masculinos, assim como se fez em relação às mulheres. Contudo, como bem ressalta Aquino (2005), é preciso atentar para os interesses da indústria farmacêutica (que inclusive financia várias pesquisas científicas). A autora chama a atenção para o potencial criativo das campanhas publicitárias desta indústria e, muitas vezes, recebem a maior parte dos investimentos da indústria farmacêutica e se destinam menos à população em geral e mais aos médicos, que se convertem em legitimados difusores dos supostos benefícios destes medicamentos.

É neste sentido, que Schraiber et al. (2005) ressaltam a importância de relacionar fatores de morbi-mortalidade e concepções de saúde-doença do homem com comportamentos marcados culturalmente pelas diferenças de gênero. Atribuições simbólicas das diferenças entre mulheres e homens podem resultar, assim, em comportamentos que predisõem lesões, doenças e morte mais fortemente entre os homens.

#### **4.4.4 cuidados em saúde mental.**

A vivência de estar ou ter estado recentemente vivenciando situações causadoras de sofrimento psíquico foi afirmada por 54% da amostra, sendo bem maior para os homens residentes em contexto urbano (73%;  $X^2=38,007$ ;  $p=0,00$ ), desencadeado, principalmente, por preocupações cotidianas (40,4%), tais como: estresse e problemas no trabalho/desemprego. Para os homens residentes nas cidades rurais, o sofrimento psíquico foi atribuído aos problemas familiares (39%) ( $X^2=20,474$ ;  $p=0,00$ ).

Tabela 6

*Atendimento em Saúde Mental*

Variáveis		Contextos				Total (N=432)	
		Rural (N= 272)		Urbano (N= 160)			
		(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%
<b>Vivência de Sofrimento Psíquico</b>	<b>Sim</b>	114	42,2	116	<b>73,0</b>	230	53,6
<b>Evento Desencadeador</b>	<i>Preocupações cotidianas</i>	23	23,0	44	<b>40,4</b>	67	32,1
	<i>Problemas Familiares</i>	39	<b>39,0</b>	20	18,3	59	28,2
	<i>Problemas no trabalho/desemprego</i>	18	18,0	21	19,3	39	18,7
	<i>Problemas Financeiros</i>	05	5,0	16	14,7	21	10,0
	<i>Problemas de Saúde</i>	15	15,0	08	7,3	23	11,0
<b>Atendimento Psicológico</b>	<b>Sim</b>	41	<b>16,1</b>	53	<b>33,5</b>	94	22,8
<b>Local de Atendimento</b>	<i>Na cidade de residência</i>	12	29,4	51	<b>94,4</b>	63	82,9
	<i>Em outra cidade</i>	29	<b>70,1</b>	02	5,6	31	17,1
<b>Encaminhamento</b>	<b>Espontâneo</b>	18	<b>62,1</b>	15	<b>32,6</b>	33	44,0
	<i>Empresa</i>	03	10,3	11	23,9	14	18,7
	<i>Amigos</i>	01	3,4	10	<b>21,7</b>	11	14,7
	<i>Médico PSF</i>	04	<b>13,8</b>	05	10,9	09	12,0
	<i>Psiquiatra</i>	01	3,4	02	4,3	03	4,0
	<i>Outros</i>	02	6,4	02	4,4	04	5,4
<b>Motivo</b>	<b>Luto</b>	01	5,9	10	<b>20,4</b>	11	16,7
	<i>Ansiedade/Depressão</i>	03	17,6	07	14,3	10	15,2
	<b>Exames Laborais</b>	04	<b>23,5</b>	06	12,2	10	15,2
	<i>Estresse/Preocupações</i>	01	5,9	07	14,3	08	12,1
	<i>Álcool/Tabagismo</i>	03	17,6	03	6,1	06	9,1
	<i>Auto-conhecimento</i>	03	17,6	05	10,2	08	12,1
	<i>Relações Afetivas</i>	01	5,9	04	8,2	05	7,6
	<i>Necessidade Conversar</i>	-	-	05	7,6	05	7,6
	<i>Agressividade</i>	01	5,9	02	4,5	03	4,5
<b>Atendimento Psiquiátrico</b>	<b>Sim</b>	18	6,7	15	<b>9,4</b>	33	7,7
<b>Local de Atendimento</b>	<i>Na cidade de residência</i>	02	11,1	14	92,8	16	48,5
	<i>Em outra cidade</i>	16	88,9	01	7,1	17	51,5
<b>Encaminhamento</b>	<b>Médico PSF</b>	07	77,8	05	45,5	12	60,0
	<i>Espontâneo</i>	02	22,2	05	45,5	07	35,0
	<i>Amigos</i>	-	-	01	9,1	01	5,0
<b>Motivos<sup>b</sup></b>	<b>Exames Laborais</b>	01	-	04	-	05	-
	<i>Ansiedade/Depressão</i>	-	-	04	-	04	-
	<i>Agressividade</i>	-	-	03	-	03	-
	<b>Sintomas somáticos</b>	02	-	-	-	02	-
	<b>Álcool/Tabagismo</b>	02	-	-	-	02	-
	<i>Outros</i>	04	-	-	-	04	-
<b>Uso de medicação psicotrópica</b>	<b>Sim</b>	16	<b>6,0</b>	06	3,8	22	5,1
<b>Tipo de medicamento<sup>b</sup></b>	<b>Ansiolíticos</b>	07	-	03	-	10	-
	<i>Antidepressivos</i>	05	-	-	-	05	-

Variáveis		Contextos					
		Rural (N= 272)		Urbano (N= 160)		Total (N=432)	
		(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%	(f) <sup>a</sup>	%
<b>Tipo de medicamento<sup>b</sup></b>	<i>Anticonvulsivantes</i>	02	-	-	-	02	-
	<i>Insônia</i>	02	-	02	-	04	-
	<i>Emagrecedores</i>	-	-	01	-	01	-

Nota: <sup>a</sup> Excluídos os casos omissos.

<sup>b</sup> Devido às baixas frequências nestas categorias, optou-se por não apresentar os percentuais.

A maneira como uma pessoa vivencia o estresse e os recursos que ela emprega para lidar com ele, está, entre outros fatores, na base do desenvolvimento de adoecimento. As estratégias utilizadas apresentam variações de acordo com o contexto cultural e são ativadas na medida em que o estressor atua desfavoravelmente sobre o bem-estar subjetivo da pessoa (Mirvis, Graney, Ingram, Tang, & Kilpatrick, 2006; Leipold & Greve, 2008).

Deste modo, entende-se que o trabalho intervém no processo saúde-doença proporcionalmente ao grau de exigência ao qual o trabalhador é submetido. Souza, Carvalho e Araújo (2010), apontam que fatores como sobrecarga, falta de controle sobre o trabalho, distanciamento entre grupos de comandos e de submissos, afastamento social no espaço de trabalho, conflitos de papéis, desordens interpessoais e ausência de apoio social podem ocasionar sofrimento físico e mental. Por outro lado, além do trabalho impedir a procura por serviços de saúde, o exercício dele também pode comprometer o ser saudável. Segundo Hardy e Jiménez (2000) pelo fato do trabalho se constituir uma função atribuída socialmente ao homem, a possibilidade de não se conseguir progresso no espaço laborativo ou a perda do emprego, podem gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidades e de ordem psíquicas.

Também se procurou verificar se havia acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, o local deste atendimento, os responsáveis pelo encaminhamento e os motivos que as levaram a buscar estes serviços. Além disso, se averiguou sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, conhecidos como *controlados*. A tabela 6 traz estes dados.

O atendimento psicológico aconteceu para 23% da amostra, sendo 33% residentes no contexto urbano e 16% no contexto rural ( $X^2=16,982$ ;  $p=0,00$ ), ficando evidente a necessidade de deslocamento para serviços de saúde de outras cidades para 70% dos moradores em cidades rurais. Não obstante, a demanda foi espontânea para 62% destes homens, que também foram encaminhados pelos médicos do PSF (14%), dentre outros. Para os moradores da capital, além da demanda espontânea (33%), houve a influência de amigos (22%). Apesar de idiossincráticos, é interessante observar os motivos elencados na categoria “outros” para encaminhamentos: professor e assistente social para o contexto urbano e vereador e penitenciária para o contexto rural. Além destes, o encaminhamento ao psicólogo como parte dos exames admissionais em empresas foi referido por 19% dos participantes da amostra total, sendo maior entre os residentes urbanos.

O atendimento psiquiátrico foi referido por 9% dos respondentes do contexto urbano e 7% dos respondentes do contexto rural, neste último caso, com a necessidade de deslocamento para outra cidade em 89% dos casos. O encaminhamento se deu pelo médico do PSF, seguido da demanda espontânea, justificados pela necessidade de exames admissionais, diagnóstico de ansiedade e depressão e comportamento agressivo pelos homens moradores no contexto urbano e sintomas de ansiedade, depressão e somáticos, além do abuso de álcool para os moradores das cidades rurais.

O uso de medicamentos psicotrópicos foi referido por 22 participantes, sendo 16 de cidades rurais, prescritos por médicos do PSF (11), psiquiatras (04), neurologistas (04) e

amigo (02). São eles: ansiolíticos (11), antidepressivos (05), para insônia (04), anticonvulsivantes (02) e emagrecedor (01).

#### 4.4.5 prevalência de transtornos mentais comuns.

O estudo da prevalência foi realizado a partir do rastreamento para sintomas relacionados à presença de TMC pelo SRQ-20, tomando o ponto de corte de respostas afirmativas aos seus itens para valores iguais ou maiores que 07 (Mary & Williams, 1985; Gonçalves, 2008).

As médias por fatores segundo a presença ou não de TMC entre os homens participantes, de acordo com o contexto é apresentada na tabela 7.

Tabela 7

*Prevalência de TMC e Médias dos Fatores por Contexto de Moradia*

Variáveis	Rural				Urbana			
	Sem TMC		Com TMC		Sem TMC		Com TMC	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Prevalência TMC	81,6	222	18,4	50	53,8	86	46,3	74
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Queixas Somáticas	0,79*	,957	3,22*	1,61	0,87*	,865	4,38*	1,43
Humor Depressivo Ansioso	,53*	,759	2,46*	1,01	0,65*	,682	2,65*	1,22
Perda de Energia Vital	,64*	,865	3,18*	1,26	0,79*	1,02	4,42*	1,38
Pensamentos Depressivos	,16*	,444	1,40*	1,32	0,22*	,470	2,46*	1,62

\*Índice estatisticamente significativo  $p \leq 0,05$  entre as médias dos grupos com e sem TMC em cada contexto.

Valores do test t para o contexto rural: (t=-14,045; p=,000); (t=-15,185; p=,000); (t=-17,222; p=,000); (t=-11,460; p=,000)

Valores do test t para o contexto urbano: (t=-19,046; p=,000); (t=-12,999; p=,000); (t=-19,038; p=,000); (t=-12,2012; p=,000)

Visando medir a consistência interna do instrumento, ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens estão correlacionados, foi verificada a medida do alfa de

Cronbach geral e por fatores. Ressalta-se que o coeficiente Alfa de Cronbach é uma propriedade inerente do padrão de resposta da população estudada, não uma característica da escala por si só; ou seja, o valor de Alfa sofre mudanças segundo a população na qual se aplica a escala, assim como é afetado pelo número de itens que compõem uma escala. Um limite inferior geralmente aceito para o Alfa de Cronbach é de 0,7, apesar de poder diminuir para 0,6 em pesquisas exploratórias (Hair Junior et al., 2005; Santos, 1999), caso deste estudo. Os índices de confiabilidade do SRQ-20 ( $\alpha = 0,92$ ) e dos fatores Queixas Somáticas ( $\alpha = 0,76$ ), Humor Depressivo Ansioso ( $\alpha = 0,67$ ), Perda da Energia Vital ( $\alpha = 0,78$ ) e Pensamentos Depressivos ( $\alpha = 0,84$ ), foram considerados bons.

A prevalência global de transtornos mentais comuns 28,6%, atingindo 124 dos 432 homens investigados. O número total de respostas afirmativas obtidas no SRQ-20 para o grupo dos homens com sintomas relacionados ao TMC variou de 7 a 20 com média total de 12,44 (DP=4,44). Os fatores Queixas somáticas e Diminuição da energia vital foram os que apresentaram maior diferença entre as médias dos grupos ( $M=3,91$ ;  $DP=1,60$  e  $M=3,92$ ;  $DP=1,46$ ).

Considerando os contextos de estudo isoladamente, verifica-se prevalência de 18,4% ( $N=50$ ) nas cidades rurais e prevalência de 46,3% ( $N=74$ ) no contexto urbano ( $X^2=38,230$ ;  $p=0,00$ ), índice considerado alto se comparados a outros estudos no contexto brasileiro. Na literatura brasileira, a prevalência de TMC na população geral varia entre 22,7% e 35% (Almeida Filho, Mari, Coutinho, Franca, Fernandes, Andreoli et al., 1997; Ludermir & Melo Filho, 2002), em homens, esta taxa é de 12,5% a 17% (Lopes, Faerstein & Chor, 2003).

Buscando dar maior visibilidade para as diferenças em relação aos fatores do TMC nos contextos rural e urbano, a Tabela 8 apresenta médias por fatores com seus respectivos índices de significância. O número total de respostas afirmativas obtidas no SRQ-20 para o grupo dos homens com sintomas relacionados ao TMC residentes nas cidades rurais variou

de 7 a 19 com média total de 10,26 (DP=3,44), enquanto para os homens residentes no contexto urbano metropolitano, as respostas afirmativas variaram de 7 a 20, com média total de 13,91 (DP=4,44), com diferença estatisticamente significativa ( $t=4,891$ ;  $gl=122$ ;  $p=0,000$ ). Analisando por fatores, apenas o fator referente ao humor depressivo-ansioso não apresentou diferença entre os grupos contextuais. Todos os outros fatores apresentaram médias superiores para os homens residentes no contexto urbano, indicando maior sofrimento psíquico principalmente no que se refere às queixas somáticas e perda da energia vital.

De acordo com Skapinakis et al. (2013), indivíduos com propensão ao Transtorno Mental Comum apresentam em graus variáveis as síndromes ansiosas, depressivas ou somatoformes. Diante dessa situação é que se indica a sistematização das buscas de Transtorno Mental Comum na atenção básica a saúde e o estabelecimento de cuidados específicos de saúde mental neste nível de atenção.

Tabela 8

*Médias dos Fatores de acordo com os Contextos Rural e Urbano*

Fatores	Contextos				$t(gl)$	P	IC de 95%
	Rural (N=50)		Urbano (N=74)				
	M	DP	M	DP			
Queixas Somáticas	3,22	1,61	4,38	1,43	-4,113(96,870)	0,000	-1,703 / -,599
Humor depressivo-ansioso	2,46	1,01	2,65	1,22	-,935(116,784)	n/s	-,588 / ,211
Perda da energia vital	3,18	1,26	4,42	1,38	-5,167(111,858)	0,000	-1,714 / -,764
Pensamentos Depressivos	1,40	1,32	2,46	1,62	-3,831(122)	0,000	-1,607 / -,533

Tabela 9

*Frequência das respostas afirmativas dos homens com sintomas de TMC aos itens do SRQ-20 distribuídos de acordo com seus fatores*

Fatores	Itens	Contextos			
		Rural (N= 50)		Urbano (N= 74)	
		(f)	%	(f)	%
<i>Queixas somáticas</i>	<i>Sensações desagradáveis no estômago</i>	30	60	52	70
	<i>Dores de cabeça frequentes*</i>	29	58	56	<b>76</b>
	<i>Dorme Mal</i>	30	60	51	69
	<i>Tremor nas mãos</i>	31	62	57	77
	<i>Má digestão*</i>	20	40	52	<b>70</b>
	<i>Falta de apetite*</i>	21	42	56	<b>76</b>
<i>Humor Depressivo/ansioso</i>	<i>Tenso/preocupado*</i>	44	88	52	<b>70</b>
	<i>Tristeza</i>	32	64	48	65
	<i>Fica com medo com facilidade</i>	29	58	46	62
	<i>Choro frequente*</i>	18	36	50	<b>68</b>
<i>Perda da Energia Vital</i>	<i>Dificuldade em tomar decisões*</i>	30	60	59	<b>80</b>
	<i>Sensação de cansaço o tempo todo*</i>	23	46	53	<b>72</b>
	<i>Cansa com facilidade*</i>	28	56	55	<b>74</b>
	<i>Não consegue pensar com clareza*</i>	28	56	54	<b>73</b>
	<i>Trabalho diário com sofrimento*</i>	25	50	53	<b>72</b>
	<i>Insatisfação com a vida*</i>	25	50	53	<b>72</b>
<i>Pensamentos depressivos</i>	<i>Perda do interesse pelas coisas*</i>	21	42	47	<b>63</b>
	<i>Incapaz de ter um papel útil na vida</i>	23	46	46	<b>62</b>
	<i>Sente-se inútil*</i>	15	30	42	<b>57</b>
	<i>Ideação Suicida*</i>	11	22	47	<b>64</b>

Conforme a análise dos itens do instrumento observa-se, que os homens residentes no contexto urbano, pontuaram mais afirmativamente em todos os itens do instrumento, independente da significância estatística, denotando maior sofrimento psíquico. No entanto, considerando os itens estatisticamente significativos, pode-se afirmar que, em comparação aos homens residentes em cidades rurais, os homens residentes no contexto urbano implicando em maiores queixas somáticas, associadas à *dor de cabeça frequente*

( $X^2=4,324$ ;  $p=0,04$ ), *má digestão* ( $X^2=11,288$ ;  $p=0,001$ ) e *falta de apetite* ( $X^2=14,377$ ;  $p=0,000$ ); com humor depressivo ansioso acentuado em relação à *sentir-se tenso, preocupado* ( $X^2=5,365$ ;  $p=0,02$ ) e chorar frequentemente ( $X^2=12,006$ ;  $p=0,001$ ). A perda da energia vital destes homens urbanos se caracteriza na *dificuldade em tomar decisões* ( $X^2=5,733$ ;  $p=0,02$ ), *sensação de cansaço o tempo todo* ( $X^2=8,256$ ;  $p=0,004$ ), *cansar com facilidade* ( $X^2=4,527$ ;  $p=0,03$ ), *não conseguir pensar com clareza* ( $X^2=5,978$ ;  $p=0,02$ ), ao *trabalho diário com sofrimento* ( $X^2=12,006$ ;  $p=0,001$ ), levando a *insatisfação com a vida* ( $X^2=5,978$ ;  $p=0,01$ ). Exacerbando os pensamentos depressivos com a *Perda do interesse pelas coisas* ( $X^2=5,576$ ;  $p=0,02$ ), sentimento de inutilidade ( $X^2=8,601$ ;  $p=0,003$ ), levando à *ideação suicida* ( $X^2=20,655$ ;  $p=0,000$ ). Embora existam afirmativas no mesmo sentido dos homens residentes no contexto rural, é superior no contexto urbano.

Foram realizados teste de associação entre a presença de TMC as variáveis sociodemográficas: faixa etária, escolaridade, renda familiar, estado civil e a variável vivência de situação estressora. Foi observado associação entre a presença de TMC com a faixa etária ( $X^2=9,183$ ;  $p=0,01$ ), com maior prevalência na faixa etária mais jovem (44%), diminuindo no decorrer da vida (40% na faixa entre 30 e 49 anos e 15% na faixa acima de 50 anos). A associação com a escolaridade ( $X^2=11,182$ ;  $p=0,01$ ) aponta o aumento da prevalência juntamente com o aumento da escolaridade (fundamental: 29%; médio: 38%; superior: 30%), podendo-se inferir, dado a baixa renda familiar da amostra, que o sofrimento pode decorrer pela ausência de melhoria na renda após o aumento da escolaridade. Por fim, houve associação da presença de TMC com o estado civil ( $X^2=11,755$ ;  $p=0,008$ ), com maior diferença entre os solteiros (43%). Não foi encontrada associação com a renda familiar, o que pode ser decorrência da maioria dos participantes referir renda abaixo de dois salários mínimos. De forma geral, verifica-se maior presença

de TMC entre os homens jovens, solteiros, com maior escolaridade e residentes no contexto urbano.

## **CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES**

O adoecimento psíquico, com destaque para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública. De natureza não psicótica, tais transtornos envolvem um conjunto de sinais e sintomas relacionados, principalmente, às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos, geralmente associadas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Não obstante, é notória a incipiência dos estudos com o enfoque acerca das necessidades de saúde masculina, no âmbito da atenção primária, principalmente, no que tange à saúde mental.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns em homens da cidade de João Pessoa e de cidades rurais paraibanas, associados com fatores socioeconômicos, de estilos de vida, cuidados em saúde e saúde mental. Em resposta a este objetivo e a premissa inicial foi identificado que a prevalência de 18,4% no contexto rural e de 46,3% no contexto urbano encontrada entre os homens investigados é considerada alta ao ter por comparação outros estudos sobre os TMC já realizados no país, cujos índices variaram de 12,5% a 17% na população masculina. Em relação aos objetivos específicos propostos, ou seja, a) verificar a prevalência de TMC em homens da cidade de João Pessoa e de cidades rurais paraibanas b) verificar quais variáveis se mostram predisponentes para o aparecimento de TMC na população em estudo, foi observado que:

- a) Apesar das pesquisas apontarem a velhice como um fator de risco para o TMC, observou-se que a faixa etária que apresentou uma maior prevalência de TMC foi de 30 a 49 anos, no contexto urbano, o que corrobora com os estudos como o de Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes e César (2006) destacam a maior incidência de TMC na faixa etária acima de trinta anos, cuja população se encontra mais exposta a eventos estressores, à redução da rede de apoio social e conflitos de papéis. Coutinho et al. (1999) realizaram estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil sobre os fatores de risco e morbidade psiquiátrica menor e indicam que não há uma diferença potencial entre o rural e urbano em termos de prevalência de TMC. O que se tem verificado é que essa diferença se acentua quando se levam em conta as condições de vida presentes em cada contexto.
- b) Dentre as variáveis socioeconômicas investigadas, apesar dos estudos também apontarem a variável escolaridade como um fator de risco, apenas a variável renda apresentou associação negativa significativa com maiores prevalências de TMC na amostra investigada. Contudo, foi a interação entre estas duas variáveis que mostrou maior efeito de predição para o desenvolvimento deste transtorno entre os homens do contexto urbano, o que reforça a importância desta variável enquanto possível determinante de sofrimento e conduz a constatação de que os efeitos destas variáveis devem ser analisados conjuntamente. Entretanto, a diferença na escolaridade não aponta diferenças substanciais em relação à renda familiar, na maioria, baixa em ambos os contextos, estando entre 01 e 02 salários mínimos. Mesmo prevalecendo o nível superior no contexto urbano a renda não ultrapassa dois salários. Assim, parte da associação encontrada neste estudo pode ser atribuída a dificuldades financeiras para aqueles que já eram vulneráveis aos TMC por não ver perspectivas de crescimento profissional e melhores salários, mesmo possuindo

curso superior, ainda continuam sendo mal remunerados. A instabilidade do vínculo de trabalho, os baixos salários, a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista também são, provavelmente, responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e da depressão entre os homens trabalhadores. A renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia. A falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos psicológicos causadores dos TMC.

- c) Em relação ao estilo de vida e violência a maioria dos homens afirmou não praticar nenhuma atividade física sistemática. O sedentarismo foi maior entre os homens residentes em cidades rurais, dentre os que residem na capital. De forma geral, ao analisar as variáveis características do estilo de vida, observou-se situações de vulnerabilidades provenientes da falta de lazer, uso de tabaco, bebida alcoólica e sedentarismo. No presente estudo, os homens relataram terem sido vítimas de violência, mais presente no contexto urbano, sendo, na maioria, física ou verbal.
- d) A vivência de estar ou ter estado recentemente vivenciando situações causadoras de sofrimento psíquico foi bem maior para os homens residentes em contexto urbano (73%;  $X^2=38,007$ ;  $p=0,00$ ), desencadeado, principalmente, por preocupações cotidianas, tais como: estresse e problemas no trabalho/desemprego. Para os homens residentes nas cidades rurais, o sofrimento psíquico foi atribuído aos problemas familiares.
- e) Ao analisar por fatores, apenas o fator referente ao humor depressivo-ansioso não apresentou diferença entre os grupos contextuais. Todos os outros fatores apresentaram médias superiores para os homens residentes no contexto urbano, indicando maior sofrimento psíquico principalmente no que se refere às queixas somáticas e perda da energia vital.

Em síntese, o índice de TMC encontrado na população masculina no contexto urbano é preocupante e sinaliza para a presença de elementos neste espaço que contribuem para que os homens venham a adoecer com tal transtorno. O fato de variáveis como escolaridade, eventos estressores, violência física e renda mensal apresentarem-se como fatores preditores para o TMC evidencia a necessidade de políticas públicas sociais de forma a garantir melhorias nos cuidados em saúde mental.

Devemos reconhecer que após 26 anos da implantação do SUS houve expansão dos serviços em todas as regiões do país nos cerca de seis mil municípios, pelo menos no que diz respeito à atenção básica. Foram implantados conselhos de saúde nesses municípios para desenvolver o controle social, atingindo sucesso maior ou menor, porém, permaneceram as dificuldades de se desenvolver a justiça social e de responder às demandas tão heterogêneas dos diferentes segmentos da população, especialmente nas áreas metropolitanas e nos centros das grandes cidades (Carneiro Junior e Silveira, 2003).

Nossas atribuições enquanto profissionais de saúde mental têm percorrido uma trajetória que nos colocam, de um lado, como mais um especialista a ocupar-se de sua área específica e, de outro, como um dos articuladores privilegiados do processo de integração e integralidade dos cuidados. A contribuição da saúde mental nesse processo vem se consolidando e ampliando, e um cuidado que se deve ter é procurar manter esse movimento vivo, a fim de não permitir que o campo da saúde mental perca essa sua característica e se restrinja ao papel de mais uma especialidade a nortear o campo da saúde. Faz-se necessário considerar o aprofundamento de estudos relacionados à progressão das políticas voltadas à saúde do homem. É preciso apostar em novas construções políticas que resgatem o caráter plural, polissêmico e crítico no campo da política de atenção à saúde do homem, que acreditam em transformações profundas e não apenas superficiais.

**ESTUDO II – OS SENTIDOS DA VULNERABILIDADE MASCULINA NO  
CONTEXTO RURAL E URBANO**

---

## **CAPÍTULO V - ESTUDO II – OS SENTIDOS DA VULNERABILIDADE**

### **5.1 Objetivo geral**

Analisar os sentidos das vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens paraibanos comparando os contextos urbano e rural.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Identificar os elementos de vulnerabilidade individual, social e programática que contribuem para o aparecimento dos TMC na população masculina;
- Identificar as concepções e as necessidades de saúde dos homens;
- Verificar como este sofrimento afeta a relação que os homens estabelecem consigo e com os outros;
- Verificar a influência de questões de gênero na saúde e bem-estar masculino;
- Comparar as vulnerabilidades ao TMC entre moradores de área urbana e de cidades rurais;
- Identificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde para o tratamento do TMC na população masculina;
- Fomentar o debate acadêmico e científico sobre a questão de gênero no âmbito das masculinidades em sua interface com a saúde do homem.

A partir dos dados coletados através das análises das entrevistas, buscou-se uma melhor compreensão acerca do sofrimento psíquico masculino no contexto rural e urbano.

### **5.3 Metodologia**

#### **5.3.1 tipo de estudo.**

Trata-se de um estudo exploratório e analítico, de cunho transversal, com abordagem qualitativa.

#### **5.3.2 participantes.**

Participaram 07 homens de cidades rurais e 15 homens da cidade de João Pessoa, na faixa etária dos 21 aos 59 anos, escolhidos por conveniência. O número de participantes foi determinado pela técnica de saturação (Minayo, 2010). Os homens foram selecionados por meio da sua participação no Estudo I, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Pontuação mínima obtida no SRQ-20, sendo escolhidos os homens que responderam de forma afirmativa pelo menos sete itens sintomáticos (ponto de corte adotado como indicativo para a presença de TMC);
- b) Homens que não apresentavam diagnóstico formal de transtornos mentais mais graves, por exemplo, depressão e ansiedade.

#### **5.3.3 procedimentos e aspectos éticos.**

Os participantes foram abordados em locais públicos (praças, ruas, universidades) e a entrevista ocorreu em local preferencial do respondente. Para proceder a entrevista, inicialmente foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas foram mantidas em sigilo e solicitado a assinatura no termo de

consentimento livre e esclarecido. Foi solicitado consentimento para utilizar gravador. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra.

O presente estudo foi submetido, juntamente com o primeiro (Estudo I), ao Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa (CEP – UNIPÊ/JP), e como mencionado anteriormente, recebeu parecer favorável.

Levando-se em consideração a questão do tempo e recursos destinados à pesquisa, no mesmo dia em que foi aplicado o instrumento do Estudo I, foram realizadas as entrevistas deste Estudo II.

Ao término da aplicação do Estudo I, perguntou-se aos homens participantes se os mesmos poderiam aprofundar o que tinha sido verificado no questionário, participando também de uma segunda fase, onde seria conversado com maior profundidade sobre alguns sintomas relatados por eles no SRQ-20 e suas vivências a partir deste adoecimento. Explicou-se que seria necessário realizar uma entrevista, o que exigia um tempo maior para realização, inclusive a permissão para gravação. Àqueles que concordaram participar, foi agendado outro horário, de acordo com suas disponibilidades. Contudo, a maioria dos participantes optaram por realizar a entrevista imediatamente. Em termos éticos, informou-se aos participantes que as entrevistas seriam para compreender melhor as informações coletadas e possibilitar à pesquisadora um maior conhecimento da saúde e vivências de adoecimento da população masculina. A duração média das entrevistas foi em torno de 25 minutos.

A coleta dos dados foi finalizada levando-se em consideração a técnica de saturação teórica. De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008, p.17) a saturação de informações pode ser definida como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.

#### 5.3.4 instrumentos.

a) *Questionário sócio demográfico* – a partir de itens que permitam a construção do perfil dos entrevistados, como por exemplo: idade, escolaridade, classe social, status conjugal, origem rural ou urbana, trabalho, renda familiar, religiosidade, dentre outros.

b) *Entrevista baseada no Método das Cenas*

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, cujas perguntas foram construídas com base na técnica das cenas proposta por Paiva (2012). A metodologia das cenas surgiu a partir do movimento chamado de construcionismo social, que se dedicou a desnaturalizar, a compreender e a analisar a desigualdade social, mais especialmente no campo dos estudos de gênero e da sexualidade (Paiva, 2008). As cenas da vida cotidiana permitem considerar as três dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento, visto serem impregnadas de sentidos construídos historicamente, que se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais. Ao decodificá-las, se pode observar a violação e a negligência de direitos que aumentam a vulnerabilidade ao adoecer, assim como compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana (Paiva, 2012).

Na figura 02, abaixo, podemos perceber as três dimensões da vulnerabilidade.

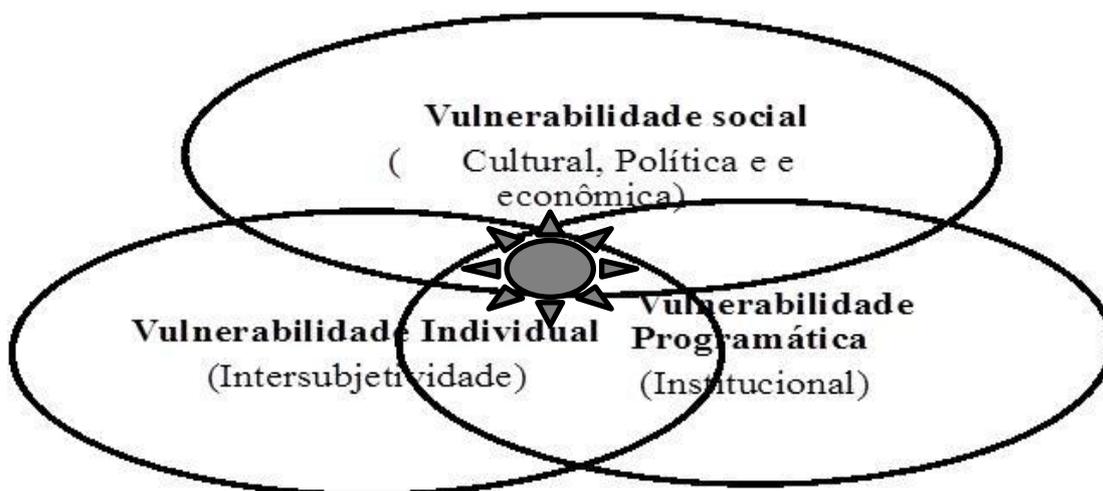


Figura 02. Dimensões da Vulnerabilidade e a intersubjetividade em cena. Adaptado de Paiva (2012)

Nesse sentido, a produção de uma cena deve ser construída pela pessoa que fez parte dela, seguindo os seguintes passos (Paiva, 2012, p. 190-191):

1 – Produção da cena: A produção da cena é iniciada pelo pesquisador, que estimula a *imaginação ativa* do participante com perguntas que garantam a construção de uma narrativa dramática, recuperando a espontaneidade do vivido em um exercício mental e interno. O pesquisador incita a atividade imaginativa, buscando o detalhamento do espaço da cena, a especificidade do horário, do tempo e do ritmo da ação, a descrição sobre como são e quem são os personagens. Estimula-se, então, a descrição do movimento do que cada *personagem* presente na cena *faz, fala ou sente*, e a investigação sobre os *sentidos da ação*. No caso deste estudo, será utilizada a seguinte instrução: *Gostaria que você fechasse os olhos e lembrasse de uma vez em que você ficou doente, pode ser aquela em que você considera que foi mais grave, ou a mais difícil. Lembrou? Onde você está? Que dia da semana e que horas são? Com quem você está? Fazendo o quê? O que aconteceu? O que você sentiu? Você tinha tudo o que precisava? O que poderia ser*

*diferente? Se você fosse mulher, seria diferente?* (As perguntas são feitas ao longo da narrativa de forma a explorar toda a situação acontecida).

2) – Decodificação: O coordenador, então, explora e amplia os detalhes da narrativa compartilhada, explorando outras dimensões, tais como os desejos, sentimentos, conflito, valores em ação e antecedentes da cena. A decodificação amplia-se, até o *cenário social e programático*: o grau de acesso a insumos, serviços de educação, orientação e saúde, ou quaisquer outros fatores relevantes naquele cenário e interação subjetiva, permitindo definir a quem responsabilizar ou entender porque a ação em saúde não se realiza, ou ainda, sugerir soluções para o problema.

#### **5.4 Análise dos Dados**

A compreensão sobre o processo saúde/doença tem passado por intensas discussões e releituras em nossa sociedade, sobretudo a partir das transformações econômicas que refletem e se articulam às dimensões político-culturais que conformam novas práticas sociais no tocante aos costumes e modos de vida na contemporaneidade. Indubitavelmente, o processo saúde/doença deve ser entendido de maneira mais compreensiva, incorporando os determinantes sociais que estão diretamente relacionados às respostas engendradas pelas pessoas/grupos sociais em relação aos seus problemas.

A Saúde na atualidade passou a ser compreendida como a concretização do real potencial humano em suas diversas expressões, pensada a partir dos aspectos e determinações sociais, ecológicos, psicológicos e culturais. O processo saúde/doença assume diversos significados para diferentes pessoas no decorrer de suas vidas, cada pessoa vivencia de maneira diferente o adoecimento. A noção crítica do termo buscou afastar-se da mera ausência de manifestação orgânica e passou a representar o ideal de

uma vida ética, emancipada e em direção à libertação do homem de práticas de dominação e opressão que são produzidas no âmbito da sociedade. Neste sentido, saúde representa a complexa manifestação da vida individual e social, ampliando, portanto, as perspectivas de compreensão e estratégias de materialização de tal categoria (Góis, 2007; Saforcada, 2010).

Dentro do amplo espectro de abordagens de pesquisa, focaliza-se aqui as situações relativas a pesquisas sociais orientadas pelo enfoque qualitativo, através de elementos que o caracterizam e o definem. No que concerne ao conjunto de objetos de que essa tradição se ocupa, tal como o objetivo geral antecipa, confere-se relevo ao âmbito da saúde mental, tema/problema de que vem se ocupando a pesquisa qualitativa em saúde e sobre o qual a produção nesse enfoque é das mais complexas.

Não obstante a hegemonia do paradigma positivista nas pesquisas em saúde, a abordagem qualitativa vem sendo cada vez mais difundida e operacionalizada no âmbito da atividade científica. Alguns autores sustentam ser esse notável incremento uma resposta aos desafios contemporâneos, em todas as áreas do saber, em particular nas intervenções em saúde mental que, pela sua complexidade e multidimensionalidade, incitam, simultaneamente ao avanço da dimensão técnica, um desenvolvimento mais intenso do componente humano, domínio dos estudos qualitativos (Bosi & Mercado-Martinez, 2010).

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, a análise das falas dos participantes foi realizada, primeiramente, a partir de cada entrevista individual. Em seguida, para identificar os elementos de vulnerabilidades aos TMC entre os participantes, as entrevistas foram analisadas a partir da técnica de análise categorial temática. O registro e o recorte das falas dos participantes foram feitos baseados em categorias temáticas (algumas preestabelecidas de acordo com os objetivos do estudo e outras elaboradas com base nas

falas dos participantes) através de uma série de etapas segundo a proposta de Figueiredo (1993). Como explicitado na Tabela 10 a seguir.

Tabela 10

*Etapas dos procedimentos para a análise categorial temática*

<b>TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL</b>	<b>PROCEDIMENTO ADOTADO</b>
<b>PRIMEIRA FASE (SUJEITOS/SESSÕES)</b>	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte <b>D. Primeira Junção*</b> E. Notação F. Organização e primeira síntese
<b>SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)</b>	<b>Segunda Junção**</b> G. Leitura inicial H. Organização I. Notação J. Redação final

Fonte: Saldanha (2003).

#### 5.4.1 *Análise categorial temática: primeira fase*

Nesta primeira fase acontece a primeira junção, onde são identificados os conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista. Cada entrevista foi analisada de forma individual, procurando-se por significados comuns. Nessa fase as entrevistas foram transcritas levando-se em consideração as singularidades de cada participante. Tal fase foi dividida nas seguintes etapas:

1. *Leitura Inicial*: fez-se uma série de leituras em profundidade tentando identificar trechos preliminares relacionados as entrevistas, como ambientação,

disponibilidade dos entrevistados, dificuldades de interação entre entrevistado e pesquisadora.

2. *Marcação*: selecionou-se alguns trechos das entrevistas relacionados às categorias preestabelecidas (elementos de vulnerabilidades individual, social e programática ao TMC) bem como, outros conteúdos considerados importantes.
3. *Corte*: os trechos selecionados foram retirados do texto.
4. *Primeira Junção*: todos os trechos selecionados das entrevistas foram agrupados e organizados em protocolos de análise.
5. *Notação*: em seguida, foram realizadas observações marginais acerca dos trechos selecionados, com a finalidade de comentar e localizar na literatura e no contexto social.
6. *Organização/Discussão*: a fim de agrupar os trechos de diferentes entrevistas para compreender as especificidades de cada participante, com base em suas vivências e condições de vida.

#### 5.4.2 *Análise categorial temática: segunda fase*

Na segunda fase é onde ocorre a segunda junção, sendo nela que identifica-se os conteúdos comuns entre as entrevistas realizadas. Buscou-se os significados que todas as entrevistas têm em comum, agrupadas a partir da proximidade de significado e agrupando os significados comuns dentro de cada categoria. Tal fase abrange algumas etapas:

1. *Leitura Inicial*: realiza-se diversas leituras em profundidade para verificar quais os trechos possuem comunhão de significado, agrupando-os na mesma categoria.

2. *Organização*: nessa etapa agrupou-se os trechos em subcategorias, ou seja trechos com conteúdos específicos dentre de uma categoria temática.
3. *Notação*: As primeiras notações foram ampliadas e relacionadas entre si dentro da categoria temática, com o intuito de localizá-los na literatura e no contexto social.
4. *Discussão Final e Redação*: nessa etapa foi elaborada o texto final, baseando-se nos resultados obtidos através da análise de conteúdo referente às categorias que emergiram durante as entrevistas e o que sinaliza a revisão da literatura, além de outros estudos sobre a temática do TMC.

A seguir, será apresentada a discussão das categorias de análise elaboradas a partir da leitura e compreensão exaustiva das entrevistas realizadas com os respondentes do SRQ-20 que ficaram acima do ponto de corte, ou seja, que apresentaram indicativo de TMC. Assim, será aprofundado os resultados sobre as análises categóricas referentes as vulnerabilidades aos TMC no contexto rural e urbano.

Diante disso, buscou-se no próximo capítulo apresentar e discutir os resultados do rastreamento do TMC realizado em cidades rurais e na cidade de João Pessoa/PB, totalizando 07 homens no contexto rural e 15 no contexto urbano. Pretende-se articular os resultados obtidos através do SRQ-20 com as narrativas construídas por meio das entrevistas realizadas com os homens participantes que ultrapassaram o ponto de corte da ferramenta. Tem-se o intuito de acessar a experiência de sofrimento desses sujeitos, articulando-os aos elementos das vulnerabilidades individual, social e programática que atravessam a vida e o cotidiano dessas pessoas no meio rural e urbano, bem como acesso aos serviços e necessidades de saúde, cuidado em saúde/saúde mental, relações de gênero e rede de apoio social.

Ademais, tratar-se-á dos resultados obtidos através das análises minuciosas dos relatos<sup>8</sup> das entrevistas, articulando-se tais resultados com a literatura científica.

---

<sup>8</sup> As citações referidas em itálico dizem respeito às transcrições, na íntegra, de parte do relato dos entrevistados neste estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO II**

---

## CAPÍTULO VI - RESULTADOS E DISCUSSÕES – SÍNTESE ANALÍTICA DAS VULNERABILIDADES

### 6.1 *Categorias temáticas enunciadas*

Através do processo de análise de conteúdo descrito anteriormente, a análise das falas dos participantes apreendidas por meio das entrevistas permitiu a construção de três classes temáticas: a primeira intitulada de “Contextos de sofrimento masculino” fez referência aos aspectos objetivos do sofrimento apresentado pelos homens e envolveu sete categorias de análise, sendo: 1) Sintomatologia; 2) Principais motivos para o adoecimento; 3) Consequências do adoecimento; 4) Práticas de autocuidado; 5) Cuidado em Saúde e 6) Cuidado em saúde mental e 7) Rede de apoio social. A segunda classe temática, intitulada “Vivências do sofrimento psíquico masculino” fez referência aos aspectos intersubjetivos do sofrimento que estão presentes no cotidiano dos homens e envolveu quatro categorias de análise, a saber: 1) Relações conjugais; 2) Relações de gênero; 3) Fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica; 4) Cotidiano urbano e rural. Por último, a terceira classe temática foi denominada “Profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino”. A Tabela 11, a seguir, apresenta de forma geral, as classes temáticas, suas respectivas categorias de análise e os elementos evocados.

Tabela 11

*Classes temáticas e categorias de análise*

<b>CATEGORIZAÇÃO DAS VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS</b>			
<b>Classe temática</b>	<b>Categoria</b>	<b>Elementos evocados</b>	
		<b>Contexto urbano</b>	<b>Contexto rural</b>
I - Contextos de sofrimento masculino	1. Sintomatologia	a) Principais queixas b) Tempo de sintomatologia c) Subjetividade – facilidade para expressar sentimentos	a) Principais queixas b) Tempo de sintomatologia c) Subjetividade – dificuldade para expressar sentimentos
	2. Principais Motivos para o adoecimento	a) Estilo de vida b) Problemas familiares e Cuidados com a família c) Crise econômica/dificuldades financeiras d) Violência urbana (insegurança, assaltos, congestionamento e brigas no trânsito) e) Aumento do isolamento social	a) Estilo de vida b) Problemas familiares e Cuidados com a família c) Perda da vitalidade física d) Períodos de seca e estiagem
	3. Consequências do adoecimento	a) Dificuldades no desempenho do trabalho b) Agravos na autoestima e no convívio social	a) Dificuldades no desempenho do trabalho b) Agravos na autoestima e no convívio social
	4. Práticas de autocuidado	a) Uso de chás e ervas b) Uso de medicamentos	a) Uso de chás e ervas b) Uso de medicamentos
	5. Cuidado em saúde	a) Busca por atendimento nos serviços de saúde b) Demora e mau atendimento c) Prevenção	a) Busca por atendimento nos serviços de saúde b) Provedor da família – sustento do lar c) Demora e mau atendimento d) Pronto-atendimento

	6. Cuidado em saúde mental	a) Interesse espontâneo na procura por tratamento	a) Desinteresse na procura por tratamento b) Fragilidade, vergonha c) Estigma - Psicologia arraigada à doença mental
	7. Rede de apoio social	a) Família/amigos b) Importância do suporte social	a) Família/amigos b) Importância do suporte social c) Falta de investimento em infraestruturas e recursos humanos dirigidos ao apoio e suporte social – apoio social fragilizado

#### CATEGORIZAÇÃO DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS

II- Vivências de sofrimento psíquico masculino	1. Problemas Conjugais	a) Conflitos conjugais b) Uso de álcool e tabaco	a) Conflitos conjugais b) Uso de álcool e tabaco
	2. Relações de Gênero	a) Estar doente resulta em fracasso social b) “Novo homem”	a) Homem provedor b) Masculinidade hegemônica
	3. Fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica	a) Sobrecarga de trabalho	a) Sobrecarga de trabalho na agricultura b) Uso inadequado de agrotóxicos c) trabalho temporário/sazonal
	4. Cotidiano urbano e rural	a) Aspectos ambientais e socioeconômicos b) Falta de perspectiva e quebra de expectativas c) Urbanização - Redução de espaços arborizados, de lazer e recreação e acesso restrito à natureza	a) Aspectos ambientais e socioeconômicos b) Ruralização – aproximação com a natureza e Qualidade de Vida. c) Falta de trabalho d) Falta de lazer

#### CATEGORIZAÇÃO DAS VULNERABILIDADES PROGRAMÁTICAS

III - Profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino	1. Ações de promoção e educação voltadas para a saúde do homem	a) presença de ações	a) ausência de ações e recursos b) necessidade de profissionais mais comprometidos com a saúde do homem
-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6.2 Classe temática I – Contextos de sofrimento masculino

A partir das cenas retratadas nas entrevistas e da experiência do sofrimento pelo TMC, percebeu-se que as situações que contribuem para a vulnerabilidade ao TMC entre os homens investigados mostraram-se diferenças de acordo com os contextos de vida. Esta primeira classe temática procurou abordar o cotidiano real mencionado pelos participantes para sinalizar seus sofrimentos e seus modos de cuidado. As categorias explanadas envolveram o quadro sintomatológico apresentado pelos homens, às práticas de autocuidado, bem como o cuidado em saúde/saúde mental e as redes de apoio social.

### 1. Sintomatologia

O Transtorno Mental Comum, como já explicado inicialmente, de natureza não psicótica, envolvem um conjunto de sinais e sintomas relacionados, principalmente, às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos, geralmente associadas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Apesar de abranger uma série de sintomas, de maneira geral, suas **principais queixas** envolvem sintomas físicos, de natureza somatoforme, associados a sintomas relacionados à diminuição da energia vital e, principalmente, queixas somáticas e pensamentos depressivos, como pode ser verificado nas falas dos participantes a seguir:

*“eu fico muito cansado, minhas mão tremem. Eu não consigo fazer nada, canso com facilidade, chego a me sentir inútil. Tudo que eu faço eu canso do nada, eu canso mesmo. Eu jogava bola, deixei, porque eu não guento mais correr, canso rápido demais, eu não era assim não”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“durmo mal e não tenho vontade de me alimentar, também tenho dor de cabeça. As dificuldades financeiras me deixa muito preocupado, triste, sem vontade de viver. Até já tive pensamento de tirar a própria vida”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

*“atualmente não fico tranquilo, me preocupo muito. Durmo mal, fico irritado, triste e angustiado”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

*“não durmo bem, não consigo me concentrar direito, não sinto satisfação nas minhas atividades do dia-a-dia, já passou na minha cabeça em acabar com minha vida. Meu estado emocional tá abalado”* [Part.08 – urbano, 39 anos].

*“(...) perdi o interesse pelo emprego, me canso com facilidade, tenho dificuldade para me concentrar e tomar decisões. Permanecer no trabalho tá me deixando triste, angustiado. Ando deprimido e nervoso demais. Tenho medo de ficar desempregado (...)”* [Part.09 – urbano, 27 anos].

A saúde mental está no cerne do debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde uma vez que os transtornos mentais apresentam nos dias atuais uma das maiores cargas de morbidade, impactando de forma significativa o cotidiano dos indivíduos e familiares, culminando em dificuldades sociais e econômicas na sociedade em geral.

Através das falas verifica-se que os homens do contexto urbano apresentam maior porcentagem de sintomas depressivos (nervosismo, irritação, sentimento de inutilidade, ideação suicida, dificuldade de concentração, etc.) e, no contexto rural os homens apresentam sintomas somáticos (má digestão, as mãos tremem, dor de cabeça, dormem mal, fadiga etc.).

Em razão disso, há inúmeros estudos voltados para o rastreamento dos TMC, terminologia vastamente utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada (Pinho & Araújo, 2012; Costa & Ludermir, 2005; Lima et al., 2008; Carlotto, Amazarry, Chinazzo & Taborda, 2011), ademais, a manifestação de sintomas somáticos e depressivos/ansiosos foi a que mais demarcou a presença de TMC entre os homens investigados. Tais denominações de acordo com Maragno et al. (2006); Fonseca et al.

(2008) e Valla (2001) referem-se a configurações clínicas muito semelhantes, ligadas a queixas somáticas inespecíficas como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas.

Como já foi mencionado, identificou-se em ambos os contextos (rural e urbano) sintomas como: insônia, fadiga, dor de cabeça, dificuldade de concentração, angústia e tristeza o que reforçam para a necessidade de cuidados em saúde mental, corroborando dados de outras pesquisas (Costa, Dimenstein & Leite, 2014) “que, além de desencadear um sofrimento psíquico intenso, causam incapacidade funcional comparável ou até pior aos quadros crônicos já estabelecidos” (Costa et al., 2014, p.146). Os TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente ansiedade e depressão, fato observado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço. Vale ressaltar que os homens investigados relataram sentir tais sintomas com certa frequência, há algum tempo.

Como o TMC não aparece descrito nos manuais psiquiátricos e não existe enquanto categoria nosológica, não é alvo de cuidado pelos serviços especializados/substitutivos em saúde mental e acaba por não receber a devida atenção pelos médicos generalistas nos cuidados primários. Contudo, não se pode afirmar que tal transtorno não venha a causar sofrimento na população masculina. O problema, como sinalizado por Fonseca et al. (2008) parece residir na frequência com que estes sintomas se manifestam o que denota uma busca aos serviços de saúde, bem como na falta de justificativas médicas para seu aparecimento.

A associação de TMC com queixas somáticas sem explicação médica na atenção primária contribui fortemente para a baixa taxa de detecção da doença. Como aponta Maragno et al. (2006), os pacientes não detectados com TMC são encaminhados regularmente para centros de cuidados primários, onde os exames complementares são

excessivamente solicitados e os usuários não procuram tratamento e, quando procuram, são frequentemente referidos a especialistas e não recebem atenção e tratamento adequado por médicos generalistas.

Neste sentido, faz-se necessário a capacitação dos profissionais da atenção básica para a compreensão destes quadros, pois muitas vezes portadores destas queixas são tratados de maneira preconceituosa. A compreensão desta problemática vai além da individualização do problema, havendo necessidade de ampliação do foco para o contexto social, as condições socioeconômicas, as relações sociais, etc.

Outro aspecto observado nas entrevistas foi a **percepção ou banalização do sofrimento** em casa, dos amigos e serviços de saúde por parte dos homens do contexto rural. Já no contexto urbano, os homens entrevistados demonstram conhecimento e conseguem **expressar com facilidade o que sentem** sem vergonha ou discriminação, expressando melhor a sua subjetividade. Embora os sintomas apresentados pelos homens sejam semelhantes, não se pode afirmar que estes sofram da mesma maneira e com a mesma intensidade. A forma como estes sintomas vão afetar as suas vidas, vai depender das vivências de cada um, bem como de cada contexto de vida, da existência de apoio e dos recursos (internos e externos) que estes dispõem para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. Outro aspecto que merece sinalizar é que a demonstração destas variedades de sintomas de acordo com Medeiros (2003) pode ser tanto causa como consequência do sofrimento. A exemplo, podemos constatar na fala dos participantes no contexto urbano, quando mencionaram que homem chora, principalmente quando passam por dificuldades em seu cotidiano.

*“(...) falar todo mundo fala que homem não chora, eu quero ver na realidade. Eu sou uma pessoa muito emotiva, eu choro mesmo, não escondo isso, estou passando por dificuldade financeira, isso me preocupa e me faz chorar, pois não vejo melhoras, não vejo perspectivas de melhorar. Ver um filho seu pedindo algo e você não puder dar, pra conter as despesas, é triste” [Part. 02 – urbano, 40 anos].*

*“(...) não tenho vergonha em dizer que choro. Já chorei por várias vezes, fico até mais aliviado, mais leve, inclusive quando estou triste ou preocupado, muitas contas pra pagar, salário pouco, muitas despesas, a vida não é fácil, é complicado. Mais se tiver que chorar pra me sentir melhor, eu choro mesmo”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

Por outro lado, no contexto rural, o homem que chora, mostra fragilidade, sensibilidade e feminilização, os participantes relatam que macho não chora. Podemos verificar na fala dos participantes 02 e 05, a seguir.

*“(...) não sou de chorar, hõmi não chora, quer isso moça, nãn. Chorar é coisa de mulher, eu sou macho todo”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“hõmi que é macho mesmo, não chora, isso é coisa de mulher. Mesmo se eu quisesse não conseguia, sou difícil de chorar, até quando alguém morre da minha família sinto dificuldade pra chorar”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

Mansano (2009) destaca que a subjetividade é uma produção contínua que ocorre a partir dos encontros com o outro, que produz “efeitos nos corpos” (p.11). Neste sentido, a subjetividade é modelada, transformada a partir do social. Todavia, vê-se que a fragilização dos laços de confiança, das relações comunitárias é espelho dos modos de subjetivação da contemporaneidade, os quais caminham de maneira oposta à questão da coletividade, e isso pode ser observado no cenário das cidades rurais.

Esse resultado reforça os achados de estudos (Diniz et al., 2003; Figueiredo, 2008) sobre a invulnerabilidade como um dos eixos da construção da masculinidade. Associada a isso, está a dificuldade que os homens do contexto rural têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

Ademais, percebe-se que questões de gênero estão bem mais presente no meio rural, o homem rural evita expressar os seus sentimentos, por achar que chorar faz parte do universo feminino. Questões de gênero como a expressão de sintomas específicos pelas

mulheres pode contribuir para o processo de banalização e vulnerabilidade. De acordo com Zanello (2014), os sintomas não são signos motivados e imediatos, dependem de uma semiótica própria, na qual as relações de gênero são fatores fundamentais, presentes em seu aspecto patoplástico, ou seja, em uma sociedade onde as diferenças entre os sexos são marcantes é comum homens e mulheres expressarem seus sentimentos de forma diferente, o que aponta para o caráter gendrado dos sintomas, ou seja, o modo como este se manifesta (p.108). Segundo a autora, o choro – por estar intrinsicamente ligado às emoções, à sensibilidade – é aceito desde criança no comportamento das mulheres, mas profundamente reprimido dentre os homens como um sinal de fraqueza, o qual os colocaria em xeque como “verdadeiros homens”. O que significa dizer que o choro pode ser a manifestação de tristeza em uma mulher, mas, ainda que um homem não chore, isto não indica que ele não esteja triste.

A ausência desse sintoma poderia levar à não percepção da tristeza em muitos homens e, conseqüentemente, ao não diagnóstico de depressão dentre eles. O que se sinaliza, portanto, através de um viés de gênero, é a necessidade de se adequar a descrição dos transtornos mentais a uma forma gendrada, para não se hiperdiagnosticar certos transtornos em mulheres, por exemplo, a depressão, e subdiagnosticá-los em homens (Widiger; First, 2008; Zanello, 2014b).

De acordo com Lutz (1985) o estado emocional de tristeza é visto como uma das características definidoras do estado patológico de depressão, se não o mais central. Zanello (2014b) sublinha, neste sentido, a presença de “choro”, dado como exemplo do sintoma de tristeza em um dos principais manuais de classificação dos transtornos mentais (DSM – Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais). Porém sua expressão é medida pelos valores de gênero. Na cultura ocidental, os homens são subjetivados em um ideal

hegemônico de virilidade, no qual se deve suprir a expressão afetiva de fragilidade, o que os leva a raramente chorar em público ou na frente de outra pessoa.

Outro aspecto que merece atenção é a expressão utilizada pelos participantes 04 e 01 no contexto rural, ao se referir em “doença dos nervos” com relação aos sintomas de sofrimento apresentado, relatando que o médico alegou que os mesmos estavam “doente dos nervos”.

*“(...) um esquecimento, esqueço das coisa com facilidade, tenho muita dificuldade pra me concentrar. Me sinto cansado sempre, não tenho ânimo pra nada, isso me deixa muito triste, desanimado. É problema nos nervos, doença dos nervos, o médico disse”* [Part.04 – rural, 30 anos].

*“o médico disse que meu problema é nos nervo, doença nos nervo, com o tempo parece que piora. Tive que tomar remédio (...) eu comecei a tomar e parei, dormia muito, ficava mei lesa. E não podia beber, eu gosto de tomar uma cachacinha de vez em quando, sabe (risos)”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

Percebe-se o reconhecimento da figura do médico enquanto detentor do conhecimento e da verdade pelos sujeitos sociais, como observado nos relatos acima, configura-se enquanto elemento de vulnerabilidade social. A influência da visão biomédica apresenta-se presente no meio rural e serve de parâmetros para boa parte das explicações relacionadas ao adoecimento masculino. Os estudos de Azevedo (2012), afirmam que por se tratar de um problema difuso e com sintomas que modificam de forma e intensidade, os profissionais de saúde normalmente se restringem a prescrever medicamentos numa tentativa de minimizar os sintomas da pessoa. O problema é que o medicamento geralmente funciona como algo paliativo, isto é, alivia os sintomas do momento, mas não garante a resolução do sofrimento. Isso porque a pessoa continua recorrendo ao serviço e, mesmo que consiga acompanhamento psicológico, o nervosismo parece não diminuir.

Sabe-se que a “doença dos nervos” é um problema geralmente perpassado pelas condições de vida e pelas próprias dificuldades da pessoa em resolver seus problemas

cotidianos (Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2005). Essa expressão nos reporta ao trabalho de Duarte (1986) sobre o uso da categoria nervoso pelas classes trabalhadoras para se referirem a uma série de perturbações “físico-morais”. De acordo com o autor, a “doença dos nervos” possui, em cada contexto, causas e configurações bastante particulares. É neste sentido que “nervos” não pode ser visto como uma doença que possui uma causa única, tal como os sintomas das doenças tipificados e categorizados pela biomedicina em uma perspectiva naturalista, biologizante, como se o corpo fosse sentido e experienciado de uma só maneira em todos os lugares do mundo. Trata-se de uma proposta heurística que enfatiza a dimensão social e cultural da condição de estar doente e nos ajudam a entender a experiência subjetiva de cada pessoa.

Além disso, a emergência da “doença dos nervos” (Duarte, 2010; Levigard & Rozemberg, 2004) têm sido encontrada entre moradores de zonas rurais ou de áreas periféricas e menos privilegiadas dos centros urbanos (Gomes & Rozemberg, 2000; Dutra, Jorge, Fensterseifer & Areosa, 2006). Nesse aspecto, destacam-se o uso abusivo de ansiolíticos e o abandono de práticas complementares e tradicionais de cuidado como a fitoterapia e a busca das benzedeadas (Uchoa, Rozemberg & Firpo 2002; Rodrigues-Neto, Figueiredo, Faria & Fagundes, 2008).

Algumas pesquisas apontam sobre a questão do sofrimento mental nos espaços rurais, como é o caso do estudo de Levigard e Rozemberg (2004), em que, entre os diversos problemas de saúde elencados pelos trabalhadores rurais, está a queixa de nervoso, entendido pelos autores como “[...] fenômeno mais amplo, de múltiplas dimensões, cuja extensão abrange desde queixas somáticas até perturbações que influem no viver familiar e coletivo das pessoas” (Levigard & Rozemberg, 2004, p.1516). Esse sintoma pode ser aprofundado por estudos que identificam a prevalência de TMC, que produzem alguma incapacidade funcional nos sujeitos.

## *2. Principais motivos para o adoecimento*

Diante do que já foi explicado anteriormente sobre os transtornos mentais comuns, sendo sua etiologia multicausal, tanto de natureza psíquica/individual, como social (Goldberg & Goodyer, 2005). Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Apesar de envolver situações de natureza orgânica, aspectos afetivos e relacionais são evidenciados por pesquisas de alguns autores (Medeiros, 200; Whiteford et al., 2013; Santana, Costa, Cardoso, Loureiro & Ferrão, 2015), trazendo a importância que estes aspectos possuem no desenvolvimento destes transtornos. Os motivos obtidos neste estudo para o adoecimento masculino se aproximam aos encontrados nas pesquisas citadas.

Pela compreensão que o processo de adoecer envolve diferentes aspectos, na qual a saúde emerge como um fenômeno que deve ser tomado na interface com o contexto social e seus condicionantes, nos planos objetivo e subjetivo. Contudo, a saúde mental é intrínseca à saúde e ao bem-estar do indivíduo, sendo resultado da interação de diversos fatores (Patel et al., 2010), designadamente genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Desta maneira, verificaram-se no espaço urbano, assim como no rural, **estilos de vida** diferenciados. No urbano, a busca por uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos regularmente, são vistos como importantes para a saúde física e psicológica. No contexto rural, a vida bucólica e sedentária está mais presente, bem como a ingestão de bebidas alcoólicas e uso de tabaco. Os homens não praticam exercícios físicos com regularidade e tão pouco procuram manter uma alimentação saudável, alegam falta de tempo, preguiça e o ato de fazer exercícios e cuidar do corpo, está voltado para as

mulheres. Os comportamentos saudáveis, embora desejados, são descritos no meio rural como algo que os homens, em sua maioria, não incorporam no seu cotidiano por dificuldades pessoais ou sociais.

Apesar de ser citado por uma pequena parte dos homens, os participantes 03 e 06 das cidades rurais enxergam o trabalho no campo associado ao bem-estar, seja pelo prazer, seja pela fuga das preocupações, como uma atividade diária que faz bem pra saúde, relaxa, causa menos estresse e, também, são vistas por eles como uma atividade prazerosa.

*“quando eu trabalho no roçado, me relaxa muito, eu gosto demais. É um cansaço bom. Pelo menos estou me movimentando. Melhora meu sono, durmo melhor. O trabalho físico em si não chega a prejudicar tanto, me sinto bem, tenho prazer em fazer”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“não faço exercício físico. Tenho um sítio e gosto de ir pra lá. Tenho uma roça, gosto de plantar, roçar a terra, limpar. (...) Me sinto bem ao fazer isso, esqueço das preocupações”* [Part. 06 – rural, 56 anos].

*“não faço nada de exercício, tenho tempo não. Isso é besteira. Isso fica para os jovens que tem tempo pra isso (...) minha mulher faz caminhada, mulher gosta mais de cuidar do corpo (...) cuidar do corpo, isso é mais pra mulher”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

*“essa coisa de fazer exercício físico é pra quem não trabalha. Eu também tenho preguiça sabe. Vez ou outra eu jogo futebol, pelo menos me movimento (...) já é exercício”* [Part. 07 – rural, 42 anos].

Através da fala dos participantes 05 e 07 do contexto rural constatam-se as questões culturais e individuais como fatores explicativos do pouco cuidado dispensado pelos homens à saúde. O que corrobora com os estudos de Santos, Almeida, Maravilha e Oliveira (2011), de um lado, justifica-se a falta de cuidado em função de características individuais de natureza masculina. Os homens, por sua natureza, têm medo e preguiça de evitar excessos, de se preocupar com uma alimentação saudável e de manter atividades físicas regulares. Por outro lado, encontram-se os discursos que atribuem a características

culturais essa ausência de cuidado. Segundo os autores, a sociedade constrói nos sujeitos masculinos o preconceito com relação ao cuidado com o corpo o que dificulta o cuidado com a saúde. Tudo ocorre como se os sujeitos naturalmente sofressem a influência social na construção do preconceito com relação ao cuidado com o corpo. A ideia social de masculinidade implicaria em evitar o cuidado com o corpo que é interpretado como cuidado estético. Entre a cultura e a natureza são construídas explicações tanto para o ser homem como para justificar a ausência de cuidado com a saúde.

No contexto urbano os participantes 05, 09, 10,12 e 15 alegaram fazer atividade física regularmente.

*“todos os dias ao sair do trabalho, corro pra academia. Faço por saúde, manter o peso, ter qualidade de vida”* [Part. 05 – urbano, 31 anos].

*“três vezes por semana vou pra academia. Me sinto bem. Melhora meu bem-estar físico e mental quando vou pra academia. Procuo descarregar as tensões. Faço exercícios regularmente”* [Part. 09 – urbano, 27 anos].

*“ando de bicicleta e faço caminhada três vezes por semana. Tento cuidar da saúde, já fui gordo e vivia com as taxas elevadas, não me sentia bem”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

*“vou pra academia todos os dias, tenho uma alimentação equilibrada, saudável. Procuo comer alimentos livres de gorduras, o mais natural possível”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

*“faço academia quatro vezes por semana. Tenho uma alimentação equilibrada, muitas verduras e frutas. Procuo ir ao médico pra saber como anda minha saúde”* [Part. 15 – urbano, 36 anos].

No contexto urbano chama a atenção o fato dos entrevistados ressaltarem em seus discursos a preocupação com a saúde como algo importante, necessário para um estilo de vida saudável. Tendo como exemplo de comportamentos saudáveis: a boa alimentação, evitar estresse, realizar visitas regulares aos médicos, praticar atividade física. A preocupação com a saúde é hoje um discurso considerado socialmente desejável (Santos et

al., 2011), o que pode trazer mais um elemento de tensão em direção à mudança nas práticas de cuidado à saúde masculina.

Na atualidade, todas as organizações de saúde estão cientes de que a maioria das enfermidades está articulada com o estilo e a qualidade de vida. Entre os hábitos mais recomendados para se ter uma vida saudável nas sociedades contemporâneas está a atividade física, aliada imprescindível para se alcançar e se manter uma boa saúde. O sedentarismo, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como o gasto de calorias abaixo de 2.200 pontos por semana, ao contrário, se associa a vários agravos à saúde (Gomes & Minayo, 2016).

A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é atestada pela crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos de beleza ideal e sua busca por meio de dietas, cirurgias e indústria cosmética, bem como pela procura dos seguros privados de saúde. No meio acadêmico, o debate dessa temática se renova motivado principalmente pelas discussões em torno da necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e pela própria crise do setor (Almeida Filho 2000a, 2000b, 2002, 2003; Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Teixeira, Paim & Villasbôas, 2002).

Observou-se também uma maior ênfase colocada pelos homens as preocupações do dia-a-dia, situações no cotidiano causadoras de estresse como causas para seu sofrimento, destacando-se em ambos os contextos, **os problemas familiares e cuidados com a família**. Os problemas de saúde na família com parentes próximos, bem como os cuidados com os filhos foram citados pelos entrevistados. Esse lugar do homem enquanto responsável pela família, portanto, não se situou apenas no campo financeiro como mostrou nosso estudo de campo, mas também enquanto responsável pelo cuidado dos seus integrantes.

Assim, identificou-se no contexto urbano, que o homem também compartilha com a mulher o cuidado familiar, de maneira que mesmo estando bastante presente nas suas falas a falta de tempo para procurar os serviços de saúde devido ao trabalho, percebeu-se que, paradoxalmente, conseguiam dispor de tempo para se deslocar até um serviço de saúde em busca de cuidados para os filhos ou esposa. Isso nos faz refletir acerca do lugar do cuidado que o homem reserva para sua saúde estar sempre em última instância, pois em primeiro lugar está a responsabilidade de prover as necessidades do lar. Como pode ser observado nas falas abaixo:

*“minha preocupação é mais fora do trabalho, com a família, porque a gente que tem filho, que tem família se preocupa muito, principalmente quando os filhos adoecem”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

*“os meus pais, já estão muito velho, problemas de saúde, isso tem me preocupado demais. O meu filho do primeiro casamento, com 23 anos, tá doente da visão, teve um descolamento de retina, fez uma cirurgia às pressas no olho. Me preocupo também com o futuro dos meus filhos”* [Part.03 – rural, 44 anos].

*“estou com problemas de saúde na família. O meu pai estar muito doente, fazendo tratamento contra o câncer. Isso vem me deixando muito triste, preocupado, não tenho ânimo pra nada. Só penso nele, queria muito que ele melhorasse, vê-lo bem, recuperado, com saúde. Mas, sei que o estado de saúde é delicado”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

Por outro lado, tal aspecto insere o homem em uma atividade tida até então como feminina: o cuidado com os membros da família (Barker, 2010). Acompanhar a educação e a saúde dos filhos constituiu-se, por muito tempo, uma responsabilidade das mulheres e que ocorre, na atualidade, a ser compartilhada com os homens. Percebe-se, nos dias atuais, uma maior inserção dos homens na educação e cuidados com os/as filhos/as. Dessa maneira, Sayão (2005) procura re-significar as vivências e narrativas masculinas como uma experiência construída coletivamente e em oposição ao modelo que preconiza a educação e o cuidado infantis como uma função exclusivamente feminina.

Cabe destacar algumas associações, feitas pelos homens, entre a incidência de TMC e situações estressoras no dia-a-dia, como, por exemplo, nas cidades rurais: migração de filhos/as para grandes centros urbanos ou outras cidades em busca de emprego; problemas de saúde (pessoal e de familiares); internação hospitalar de parentes; problemas conjugais; vulnerabilidades (dificuldades financeiras, desemprego), no âmbito urbano: criminalidade (assaltos ou roubos); violência no trânsito; problemas conjugais; luto/morte de parente próximo; problemas graves de saúde; problemas de saúde (pessoal e familiar); vulnerabilidades (baixos salários; dificuldades financeiras, desemprego). Esses estressores foram apontados como causa de cefaleias, depressão, insônia, falta de apetite, cansaço, nervosismo, preocupação etc., sintomas que foram rastreados pelo SRQ-20 e confirmados pelos entrevistados.

Dentre os motivos citados pela maioria dos participantes como causa de adoecimento foi a **crise econômica/dificuldades financeiras** vivenciada nos últimos anos no âmbito brasileiro, afetando as dinâmicas familiares, devido as condições socioeconômicas, acarretando problemas financeiros, aumento do número de desempregados; bem como a violência urbana (insegurança, assaltos, roubos, congestionamento e brigas no trânsito) o quem vem a levar a um aumento do isolamento social. Vejamos no discurso dos participantes abaixo.

*“por conta das dificuldades financeiras, não consigo pensar direito, durmo mal, não tenho vontade de comer. Acho que é isso”* [Part.05 – urbano, 31 anos].

*“outro aspecto que me deixa preocupado são os problemas financeiros, estou devendo, tenho muitas contas pra pagar”* [Part.08 – urbano, 39 anos].

*“ultimamente o que me deixa tenso, preocupado é a crise financeira que estou passando. Muitas dívidas, contas pra pagar, conta corrente bloqueada, salário atrasado”* [Part.15 – urbano, 36 anos].

*“(...) a outra situação foi o tempo que fiquei desempregado, só quem estava trabalhando era a minha mulher, ela quem ajudava nas despesas da casa. Isso pra mim foi muito triste,*

*porque estava sem trabalhar, desempregado (...) passei dois anos desempregado” [Part. 07 – urbano, 34 anos].*

*“a falta do que fazer, não estou trabalhando, isso me preocupa e fico muito triste. Pois sempre trabalhei como eletricista em uma empresa de energia eólica e, agora me vejo em casa sem fazer nada (...) falta dinheiro pra comprar remédio, comida, vejo meus pais passando dificuldades” [Part. 01 – rural, 24 anos].*

*“a falta de dinheiro tá grande, a falta de emprego também. Tenho um filho que foi estudar em outro estado, as oportunidades de emprego são melhores do que aqui” [Part.03 – rural, 44 anos].*

Os relatos de preocupações com a insegurança econômica e as dívidas, deslocamento dos parentes para outras regiões do país em busca de emprego, as dificuldades financeiras que impedem a aquisição de bens materiais, alimentos, consultas médicas e remédios, são frequentes entre os homens entrevistados. Todavia, as dinâmicas familiares são afetadas pelas condições socioeconômicas, que produzem impactos negativos no cotidiano dos homens, de ambos os contextos, resultando em preocupações, tristeza e insatisfação com a vida. O que corrobora com os estudos de Antunes (2015), Pinheiro & Monteiro (2007) tais aspectos, associado à precariedade na oferta de profissionais e serviços de saúde e assistência social nesses territórios, produz aumento da vulnerabilidade e tem forte impacto na saúde mental. O aumento de consumo de álcool e sofrimento mental em tempos de situações de crise econômica com aumento do desemprego, com o trabalho precarizado e a estruturação instável e competitiva das economias são aspectos relatados na literatura (Antunes, 2015; Pinheiro & Monteiro, 2007). Silva, Cardoso, Saraceno e Almeida (2015) em investigação sobre saúde mental e crise econômica sugerem que:

As dificuldades financeiras e a incerteza econômica aumentam a vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Fatores como desemprego, o empobrecimento, o endividamento e a perda de estudo socioeconômico

estão associados aos agravamento de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, consumo de substâncias e suicídio (p.62).

O surgimento de muitas doenças mentais está relacionado com os lugares e ambientes em que as pessoas vivem e com as fases do seu ciclo de vida (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Por isso, está relacionado com características de urbanidade e de ruralidade (Cheung, Spittal, Pirkis & Yip, 2012; Choi & Kim, 2015; Loureiro, Costa, Almendra, Freitas & Santana, 2015; Qin, 2005; Santana et al., 2015). O desemprego, aliado as dificuldades financeiras levam os homens das cidades rurais e do contexto urbano a uma maior vulnerabilidade social, acarretando para o adoecimento masculino.

Na tentativa de compreender essa trama de fatores que afeta a vida de milhões de pessoas no mundo (Dimenstein, Leite, Macedo & Dantas, 2016) destacam que em cenários desfavoráveis economicamente, há o recrudescimento de sentimentos de insegurança, desproteção, incerteza, instabilidade, medo, os quais enfraquecem os fatores protetores da saúde mental e alteram o padrão de utilização dos serviços de saúde, com aumento considerável de consultas e internações.

A evidência empírica, com destaques para investigações multifatoriais (Araya et al., 2006; Drukker & van Os, 2003; Duperá & Perkins, 2007; D. Fone, Dunstan, Williams, Lloyd & Palmer, 2007; D.L. Fone, Dunstan, Lloyd et al., 2007; Hamano et al., 2010; Kubzansky et al., 2005; Lee, 2009; Rios, Aiken & Zautra, 2012; Skapinakis, Lewis, Araya, Jones & Williams, 2005; Sundquist & Ahlen, 2006), refere-se que, independentemente das características individuais, o contexto (território e ambientes de vivência do indivíduo) pode influenciar a sua saúde e bem-estar mental. A produção desta evidência científica,

considerando a amplitude e a abrangência dos conceitos em causa vem a incidir sobre a investigação de diversos resultados em saúde mental: sofrimento psicológico, depressão/sintomas depressivos, ansiedade/sintomas de ansiedade, sintomas psicossomáticos, prevalência de perturbações mentais, internamentos hospitalares psiquiátricos, óbitos por suicídio e lesões autoinfligidas, qualidade de vida/satisfação com a vida, bem-estar e felicidade.

A renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia. A falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos psicológicos causadores dos TMC.

Outro aspecto que merece atenção é o aumento da **violência urbana** (insegurança, assaltos, roubos, congestionamento e brigas no trânsito) o que vem a levar a um aumento do isolamento social, todavia, mais um motivo que leva ao adoecimento psíquico dos homens nas cidades urbanas. Como pode ser observado nas falas dos participantes a seguir.

*“durante o trabalho, fui assaltado. Passei os piores momentos da minha vida, foi horrível, fiquei traumatizado. Levei dois tiros, um no maxilar e outro nas costas, próximo a coluna cervical. Passei um ano me recuperando, quase não voltava a andar, por conta da lesão grave na coluna (...) chorava com frequência e isso me deixou abalado psicologicamente, fiquei traumatizado. Deixei de exercer a função de motorista, pois não conseguia, fiquei com trauma (...) meu estado emocional tá abalado. Tenho fobia para sair de casa”* [Part.08 – urbano, 39 anos].

*“(...) acidente no trânsito. Sofri um acidente de moto. Uma cara jogou o carro pra cima de mim, perdi o controle e cai. Fiquei com muita raiva, viu”* [Part. 11 – urbano, 32 anos].

*“tudo me irritava, não conseguia me concentrar, não tinha paciência, qualquer coisa me deixava nervoso. Até o congestionamento, o trânsito lento me deixava nervoso, impaciente”* [Part. 13 – urbano, 44 anos].

Sabe-se que a exposição às situações de violência pode acarretar diversos sofrimentos, muitas vezes, diagnosticados como transtornos psiquiátricos e,

consequentemente, medicados como tal: “os fenômenos de violência, de forma direta ou indireta, têm como efeito sobre as pessoas o **isolamento social**, o pânico, o consumo de drogas, a depressão e a melancolia, além de defesas agressivas que potencializam, de modo geral, laços mais violentos” (Costa, 2004, p. 243).

Os processos de urbanização rápida e extensiva, fenômeno atual (cidades dos países em desenvolvimento) e global, produzem impactos negativos na saúde e bem-estar da população e das comunidades, gerando desigualdades e iniquidades (Santana, 2005). Quando o planejamento territorial e os modelos de governança e desenvolvimento não conseguem ajustar face aos fenômenos do crescimento/atração da população urbana, vários problemas são potenciados como o congestionamento de tráfego, poluição, degradação ambiental, inadequação/falta de habitação, infraestrutura e serviços, formação de guetos e bolsas de pobreza (Santana, 2009), com consequências negativas na saúde, qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Sarkar, Webster & Gallacher, 2014).

As características ambientais dos territórios (onde se nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece) podem produzir impactos positivos ou negativos na saúde mental individual e coletiva, funcionando como seus “determinantes ambientais” (Macintyre & Ellaway, 2000; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; WHO, 2008, 2013). Estas representam riscos mais elevados de doença mental em alguns grupos sociais, considerando a sua maior exposição e vulnerabilidade a ambientes sociais, econômicos, físicos e construídos desfavoráveis (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) enfatizou a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. O isolamento e a exposição cotidiana à violência e abusos podem causar sintomas psicossomáticos, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, etc. Da mesma forma, a saúde mental é impactada negativamente quando ocorre violação dos direitos civis, culturais, políticos e sociais, ou ainda quando os

grupos sociais são excluídos das oportunidades de geração de renda ou educação, o que traz implicações particulares para as populações rurais que sofrem historicamente com a pobreza e precariedade nas condições de vida.

Uma pesquisa recente coordenada por Gonçalves et al. (2014) consiste no primeiro estudo multicêntrico no Brasil realizado no Brasil – São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza – que analisa a proporção de prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em usuários da atenção primária e sua associação com fatores sociodemográficos. As quatro cidades apresentaram índices elevados de TMC, ansiedade e depressão. Para os autores, as altas taxas de transtornos mentais comuns (TMC) associam-se à violência urbana generalizada e condições socioeconômicas, assim como a poluição, os níveis elevados de ruído e a falta de áreas de lazer nas cidades brasileiras.

As causas externas – violências e acidentes – exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas (WHO, 2002).

No que diz respeito às entrevistas realizadas junto aos homens do meio rural, o processo de categorização permitiu assinalar outro aspecto importante: **a perda da vitalidade física**. Percebe-se nos discursos dos participantes 02 e 03, a seguir.

*“eu fico muito cansado, minhas mãos tremem. Eu não consigo fazer nada, canso com facilidade, chego a me sentir inútil. Tudo que eu faço eu canso do nada, eu canso mesmo. Eu jogava bola deixei, porque eu não guento mais correr, canso rápido demais, eu não era assim não”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“eu tenho um cansaço, me canso com facilidade. Tão sem disposição pra fazer as coisa, sei lá, mais é isso mermo, me sinto tão cansado”* [Part. 04 – rural, 30 anos].

Os homens que apresentam maior incidência de sintomas somáticos e decréscimo de energia vital (sente-se cansado com facilidade) apontaram tais dimensões como fatores

desencadeadores de adoecimento mental. Essa falta de vitalidade seria um aspecto ligado ao surgimento de doenças – sobretudo devido ao desgaste do trabalho na agricultura e o avanço da idade, os homens de cidades rurais devido às condições de vida, exposição excessiva ao sol e variações climáticas sofrem um desgaste mais rápido, comprometendo a saúde física e mental.

De acordo com Nardi (1998), em virtude do processo de envelhecimento, o trabalhador rural diminui sua capacidade laboral, especialmente para atividades que exigem força física e exposição às intempéries climáticas, causando afastamento do trabalho, por conseguinte, implica a vivência de impotência, bem como sentimento de vergonha.

Vale ressaltar que os moradores de cidades rurais sinalizam em suas falas os **longos períodos de seca e estiagem**. Observado no discurso dos participantes 02 e 06.

*“nesse período de seca, estiagem, a terra fica ruim pra plantar. Não chove, sem chuva não conseguimos plantar. Os animais morrem de fome e sede, sem ter água pra beber. Nunca vi uma seca tão grande dessa, meu Deus, só Deus pra ter misericórdia de nós. Muito triste viu”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“a seca tem prejudicado bastante o agricultor, não conseguimos plantar e vivemos disso”* [Part. 06 – rural, 56 anos].

Em áreas rurais nordestinas, a seca tem sido responsabilizada pela situação de miséria e pobreza dos trabalhadores, porém não pode ser considerada a única causa de sofrimento dos participantes, tendo em vista que outros fatores, como já explicado anteriormente, como baixa escolaridade, dificuldade de acesso ao trabalho formal evidenciam a vulnerabilidade dessa população, concomitante com as variações climáticas. Constatou-se através das entrevistas dos homens no contexto rural que a dificuldade na produção e na colheita, especialmente em anos de seca, bem como na comercialização dos

produtos é um agravante que gera incerteza, estresse e muitas dificuldades financeiras aos moradores de cidades rurais.

Os impactos da seca incidem tanto na formação social, econômica e política da região (dimensão objetiva/social), quanto influenciam no desenvolvimento do psiquismo e nos modos de vida dos moradores (dimensão subjetiva/psicológica). Com origem nessa dialética, é possível perceber que a seca traz implicações psicossociais na vida dos sujeitos, o que interfere nos processos saudáveis de vida e contribui para o desenvolvimento do adoecimento da população rural. Diante dessa realidade, a análise da saúde mental no contexto rural possibilita a compreensão dessas implicações psicossociais (Ximenes & Camurça, 2016).

A literatura traz algumas considerações quando se trata do enfrentamento da seca em cidades rurais, destacando a insegurança e o estresse diante da ameaça de perdas de recursos investidos na produção e do não retorno desse investimento, acarretando perdas materiais e simbólicas (Favero, Sarriera, Trindade e Galli, 2013; Camurça, Alencar, Cidade & Ximenes, 2016).

Os impactos que a seca causa na saúde da população não são uma questão nova tendo em vista o contexto rural nordestino. Favero (2012) ressalta que a seca é um desastre, pois desafia a capacidade dos sujeitos que a vivenciam, e seus impactos não ocorrem apenas nas condições econômicas e sociais; dentre as consequências, destacam-se impactos no bem-estar e na saúde psicológica, através da “alteração na rotina familiar, a redução nas atividades de lazer, prejuízos no sono, aborrecimento, preocupação, dificuldade de higiene, sentimentos de desânimo e tristeza, impotência e insegurança quanto ao futuro” (Favero, 2012, p.103).

Camurça (2014) sinaliza sobre a necessidade de considerar a dimensão subjetiva dos sujeitos e a inter-relação com os aspectos sociais diante dos impactos da seca, em que

o modo de vida e a pobreza vivenciada em decorrência das privações multidimensionais incidem em implicações psicossociais no processo doença-saúde da população pobre. A insegurança quanto ao futuro e os sentimentos de desânimo e tristeza foram os impactos psicológicos de maior relevância encontrados.

Diante do exposto, identifica-se que há uma necessidade de desenvolver estudos envolvendo a saúde mental e os impactos das mudanças climáticas extremas, vivenciados pela população rural. Neste sentido, Seixas, Hoeffel, Renk, Vieira e Mello (2011) referem que se faz necessário considerar a vivência da população perante as mudanças climáticas, destacando os aspectos relacionados à saúde mental e à dimensão subjetiva dos sujeitos. Para esses autores, as mudanças socioambientais alteram o trabalho e a vida, ou seja, o modo de vida, contribuindo para o aumento do estresse e de tensões, ensejando sofrimento diante das dificuldades encontradas no cotidiano.

De acordo com Confalonieri (2008), um dos aspectos relevantes no estudo entre o clima e a saúde humana está na importância de se analisar a vulnerabilidade socioambiental da população. Para o autor, o Nordeste é a região brasileira que mais está vulnerável aos impactos do clima na saúde/saúde mental, exatamente por esta região exibir baixos indicadores socioeconômicos, e o clima ser predominantemente semiárido. Contudo, pensar a relação entre os impactos ambientais com a saúde é de grande relevância para o desenvolvimento de políticas adequadas que promovam qualidade de vida (Rigotto & Augusto, 2007) nas áreas rurais. Espera-se que com a transposição do Rio São Francisco, concluída neste mês de março de 2017, no município de Sertânia, em Pernambuco e, em Poções, Monteiro e Boqueirão, municípios da Paraíba, essa realidade possa mudar e trazer água para a população nordestina que tanto necessita e sofre com a falta d'água e a seca, que castiga a população do nordeste brasileiro, por décadas.

### 3. *Consequências do adoecimento*

O adoecimento mental caracteriza-se por uma determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente a forma como as pessoas percebem a si. No campo da saúde/saúde mental, não obstante o redimensionamento epistemológico, ainda é significativa, ou mesmo hegemônica, a influência do modelo biomédico nas investigações voltadas a questões relacionadas ao processo saúde-doença, predominando a dimensão técnica, em detrimento das relações intersubjetivas.

Pactua-se do entendimento de saúde como fenômeno processual e histórico, mas que isso, de ordem experiencial e indissociável do contexto social, o que confere relevo à produção subjetiva, consideradas as condições materiais da existência nas quais a subjetividade emerge (Bosi & Guerriero, 2016). Transladando as reflexões de Gadamer (2002), saúde não se revela como “um sentir-se, mas [como um] estar-aí, estar-no-mundo [...] um estar-com-os-outros [...] um processo contínuo em que o equilíbrio se estabiliza [ou não] sempre de novo” (p.118-119).

Considerados em sua historicidade e complexidade, os fenômenos sociais não podem ser apreendidos somente por meio de seus aspectos objetivos (Minayo, 2010; Souza Santos, 2004). A própria ciência médica, ainda que trabalhe diretamente com a saúde e a doença, não consegue dar conta, isoladamente, de definições de saúde e doença. Para Czeresnia (2003, p.42), “o discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar”.

As atuais mudanças ocorridas no setor produtivo não propiciaram igualdade de condições entre homens e mulheres. Ao contrário, a nova ordem econômico-social vem perpetrando hierarquias, desigualdades e assimetrias historicamente construídas (Diogo &

Coutinho, 2006). Os estudos da relação entre o trabalho e a saúde mental incluem linhas de investigação sobre os efeitos do trabalho sobre o bem-estar psicológico do trabalhador (Borges & Argolo, 2002) e a presença de transtornos mentais comuns (Mari & Jorge, 1997).

No processo de socialização dos homens, de acordo com Figueiredo e Schraiber (2008) o trabalho representa poder, força e sucesso. Ser identificado como trabalhador confere ao homem uma virtude moral dignificante, afirmando-o perante os outros, proporcionando-lhe reconhecimento social. Com base nesta reflexão, no tocante aos homens investigados, identificou-se que a principal consequência trazida por seus sofrimentos fizesse referência às **dificuldades e/ou indisposição no exercício do trabalho**, como relata as falas dos participantes 07, 09, 10 e 15 no âmbito urbano.

*“me sinto cansado, indisposto, por conta do trabalho. Trabalho muito, os dois expedientes, tem dias que fico estressado. Eu moro longe, acordo muito cedo e pego dois ônibus pra chegar no trabalho. E chego tarde em casa, cansado”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

*“há três anos não estou satisfeito com o trabalho. Já pensei várias vezes em pedir demissão. Mas não tem outro emprego em vista e preciso trabalhar. Sou solteiro, moro com meus pais e mais três irmãos. Apenas eu e meu pai que trabalhamos pra manter a casa”* [Part. 09 – urbano, 27 anos].

*“o trabalho que exerço é muito estressante, muita pressão por parte dos supervisores. O supervisor fica em cima para os atendentes baterem a meta. Se não bater a meta não recebe”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

No contexto rural, também evidenciou-se aspectos relacionados ao trabalho agrícola, no que diz respeito às dificuldades e falta de disposição nas tarefas desempenhadas no dia-a-dia.

*“você tem que acordar de 3h da manhã pra ir trabalhar, pra de 4h tá no ponto de ônibus, pra de 5h tá com uma bomba daquela nas costas, dentro de uma cana imensa, tá naquele mato, vendo a hora ser engolido por uma cobra, muitas coisas vem a sua cabeça, muita coisa, muita coisa (...) você só volta pra casa no final da tarde, você só volta pra casa no final da tarde, no sol se pondo”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“trabalhar na roça não é fácil, cansa, exige muito de você, é um trabalho pesado. E quando você pega um terreno ruim. Um terreno plano é diferente. Você não vai correr em uma ladeira como corre no plano? Não tem condições! Eles querem que você faça a mesma quantia que fez no plano que você faça numa ladeira. Muitas vezes eles vão pra lá (...) rapaz ontem vocês fizeram tanto e hoje não produziram”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

No contexto rural, identifica-se nas falas dos participantes que o trabalho é pesado, cansativo, tendo em vista que inicia sua jornada logo cedo, antes do amanhecer, e só retornam pra casa no pôr-do-sol. Além disso, muitos relatam dificuldades de encontrar satisfação e disposição em suas tarefas desempenhadas no dia-a-dia. De acordo com os relatos dos participantes, a maioria trabalha no plantio de cana-de-açúcar e fazem uso de agrotóxicos. Com isso, o trabalho na agricultura, nas condições apontadas, apresenta carga de insegurança, riscos para a saúde e é realizado em condições precárias. Outro aspecto levantado pelos investigados é que o plantio de cana-de-açúcar se caracteriza pela sazonalidade e sofre efeito das mudanças climáticas, muitos entrevistados relataram a necessidade de procurar outra atividade como forma de complementação de renda, no entanto, esbarram em algumas fragilidades, tais como a baixa escolaridade e o desemprego.

No contexto urbano não é diferente. As condições de saúde têm sido agravadas pela precarização do trabalho (Braga, Carvalho & Binder, 2010), gerando uma mudança no perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores. Nesse processo é ressaltado que as doenças relacionadas ao trabalho aumentam consideravelmente, dentre elas se encontram os transtornos mentais comuns. Segundo Silva, Novato-Silva, Faria e Pinheiro (2005), o século XX foi marcado por diversas mudanças tecnológicas e organizacionais que impactaram o universo da produção, provocando transformações nos processos e relações de trabalho.

O trabalho é uma das dimensões fundamentais à vida, se constitui em elemento centralizador na vida das pessoas, determinante primordial da forma pela qual as

sociedades se organizam e meio pelo qual o homem constrói seu universo material/cultural e garante sua sobrevivência.

O trabalho, com todas as suas implicações, pode acarretar ao trabalhador disfunções e lesões biológicas, além de reações psicológicas, desencadeando processos psicopatológicos relacionados às condições em que é desempenhado. Várias são as condições que podem predispor o trabalhador a situações de sofrimento do trabalho, todas impactando em sua saúde física e mental: fatores relacionados ao ritmo e ao tempo, jornadas longas com poucas pausas, turnos à noite, pressões de chefias por maior produtividade, entre outras (Silva, Souza, Júnior, Câneo & Lunardelli, 2009).

Os transtornos mentais estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho, sendo que os transtornos mentais menores (leves) causam em média perda de quatro dias de trabalho/ano e os transtornos mentais maiores (graves), cerca de 200 dias/ano (Demyttenaere et al., 2004). Problematizando a relação trabalho-saúde, Dejours (1992) defende que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo tanto favorecê-la, quanto contribuir para o adoecimento. Deste modo, de acordo com Neves e Silva (2006), faz-se necessária não a verificação mecânica dos “impactos” do trabalho sobre os indivíduos, mas uma análise que leve à compreensão da complexidade da dinâmica das relações sociais.

A importância que o trabalho assume na constituição da subjetividade da pessoa, suas características individuais, assim como sua história de vida e de trabalho, são fundamentais para compreender os agravos que acometem à saúde física e mental do trabalhador rural ou urbano. Ademais a descrição detalhada da situação de trabalho, envolvendo o ambiente, a organização e a percepção da influência do trabalho no processo de adoecer, também pode acarretar **problemas na autoestima e no convívio social**, como pode ser verificado na fala dos participantes 07, 08 e 10.

*“eu trabalho na roça, plantio de cana de açúcar, chego em casa cansado, não tenho ânimo pra fazer exercício físico, pra sair pra passear com a mulê, quero mermo é ficar em casa, descansar, pra no outro dia começar tudo de novo. É um trabalho pesado, exige muita resistência da gente, debaixo do sol quente, e não valorizam o nosso trabalho, acham que é fácil, qualquer um faz. A mulê me chama pra passear na praça e eu não vou”* [Part. 07 – rural, 42 anos].

*“faz dois anos que faço terapia. Tive depressão, não queria sair de casa, tinha medo de passar pela mesma situação (...) tenho fobia pra sair de casa”* [Part. 08 – urbano, 39 anos].

*“quero concluir o curso universitário, mas me acomodei. O trabalho consome muito da sua energia, mentalmente e fisicamente. No final do dia fico exausto, sem ânimo pra nada, autoestima pra baixo, não consigo sair pra me divertir, não tenho ânimo”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

Diante das dificuldades laborais verifica-se uma baixa autoestima entre os entrevistados e a necessidade de um equilíbrio emocional para execução das atividades por conta da sobrecarga e pressão no trabalho, insatisfação e falta de reconhecimento, além do cansaço/indisposição. As falas acima mostram que os efeitos que o TMC provoca na vida dos homens vão além da sintomatologia. Baixa autoestima, prejuízos nas relações sociais e de trabalho, sentimentos de inutilidade, são apenas alguns exemplos. Estudos realizados por Ferreira e Bomfim (2013) verificam ainda que o trabalho agrícola é desvalorizado, considerando as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores diante das políticas que favorecem os grandes produtores em detrimento da agricultura familiar. Diante dessa realidade, a decisão de emigrar surge da esperança de encontrar novas possibilidades de crescimento como trabalho assalariado, oportunidade de estudar etc.

Contudo, constata-se que os cuidados destinados a este transtorno não está simplesmente ligado ao controle ou a remissão de sintomas, mas envolve diretamente o modo como os homens lidam com esse fenômeno no seu cotidiano e o significado que estes assumem em suas vidas. Aspectos individuais, sociais e programáticos podem ser

verificados nestes contextos. Ações interdisciplinares e intersetoriais surgem assim como dispositivos primordiais, de grande relevância para o desenvolvimento de novas práticas voltadas para o cuidado integral dos homens.

#### 4. *Práticas de autocuidado*

Os grupos masculinos nem sempre oferecem possibilidade de exposição de fragilidades e suporte para recuperação do estado de saúde de seus membros, o espaço doméstico/familiar tem sido muitas vezes entendido, pelos homens, como associado à proteção/recuperação (Monteiro, 2002), com especial destaque para a ação das tradicionais figuras de mãe e esposa cuidadoras (Korin, 2002, Sabo, 2000).

Em situações mais específicas relacionadas ao enfrentamento de sintomas e à reparação do estado de saúde masculinos, alguns estudos (Arrais et al., 1997; Vitor et al., 2008; OPA/OMS/MS, 2005) indicam, por exemplo, que a automedicação, talvez a forma mais privada de se lidar com problemas de saúde, tem sido significativamente utilizada para amenizar a dor, sendo os medicamentos eventualmente também sugeridos pelo grupo de amigos ou por familiares. Assim, o **uso de chás e ervas** entre outros produtos, além da **automedicação** foram mencionados nas falas de alguns dos participantes como uma alternativa para ajudá-los a diminuir ou controlar os sintomas.

*“quando sinto dor de cabeça, febre, tomo remédio por conta própria”* [Part.03 – urbano, 45 anos].

*“quando sinto dor de cabeça ou dor no corpo eu tomo remédio pra aliviar. Sempre tenho em casa paracetamol, doril, dorflex. Eu sinto muitas dores nas costas, porque trabalho muito tempo em pé e, às vezes pego peso. Trabalho com produção de alimentos”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

*“quando fico doente e não vou ao médico, tomo remédio por conta própria. Vou na farmácia, compro e tomo (...) alivia os sintomas”* [Part. 09 – urbano, 27 anos].

*“se for problemas intestinais ou dor de cabeça, tomo um chá de boldo, ajuda a aliviar os sintomas. Mas se for preciso eu tomo remédio também”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

*“às vêze tomo chá, minha mãe faz remédio caseiro, eu não gosto muito. Quando a dor aperta mermo eu prefiro tomar logo um remédio, passa mais rápido”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“a mulê faz um chá, eu tomo. Se doer muito eu tomo um remeido. Me deito na rede e procuro descansar”* [Part. 07 – rural, 42 anos].

No contexto rural o uso de ervas e remédios caseiros, como lambedores e infusões acontece desde muito cedo, desde a infância através de práticas utilizadas pelas avós, mães e as conhecidas rezadeiras. O uso frequente destes recursos é devido também ao elevado custos dos medicamentos industrializados, onde muitas vezes o agricultor não tem condições de comprar, optando então para os remédios caseiros, de fácil acesso, encontrado muitas vezes no terreno de suas casas e no próprio roçado. A procura por outras alternativas informais de cuidado na população rural também se faz necessária devido à carência de médicos nestas localidades, elemento de vulnerabilidade programática.

Por outro lado, no contexto urbano os homens também buscam formas pontuais de melhorar sua saúde, como **medidas de tratamento alternativas** – uso de chás, medicação por conta própria ou por indicação de farmacêuticos. Entretanto, prevalece no contexto urbano o uso de medicação por conta própria, o que confirma com os achados de Pinheiro et al. (2002) apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro. Nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguem expor seus problemas com mais facilidade. A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois esta é vista como uma instância “semiprofissional”, onde se pode pedir um conselho em serviço médico, sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas. Como a primeira

urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz esta necessidade mais rapidamente.

O uso terapêutico da biodiversidade revela-se importante fator histórico, compondo todo um conjunto de saberes e práticas voltadas para à saúde, reconhecido, inclusive, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como parte da medicina tradicional praticada em todos os países (Lameira & Pinto, 2008). Assim como o Ministério da Saúde tem estabelecido políticas que encorajam o desenvolvimento de estudos com plantas medicinais, objetivando colocar em prática os benefícios advindos dessas pesquisas (Franco, 2003).

A extração de plantas medicinais apresenta-se como uma importante fonte de obtenção de matéria-prima para a produção de medicamentos, tanto para uso local, em comunidades tradicionais, populações de reduzido poder aquisitivo, entre outras, como para a indústria farmacêutica (Reis & Mariot, 2003).

De acordo com Santos, Melo, Morais, Silva e Mendes (2015) no cotidiano da ESF, é frequente a observação de que uma parcela considerável da população atendida na atenção primária faz uso de plantas medicinais como prática complementar do cuidado em saúde. Esse fato pressupõe que seja por motivos econômicos, dificuldade de acesso à assistência médica ou por influências culturais. Portanto, torna-se relevante entender a percepção dos usuários e profissionais da ESF frente a tal prática de cuidado, como também conhecer se os profissionais estão preparados para fornecer a esses usuários orientações adequadas quanto à utilização de plantas medicinais.

##### 5. *Cuidado em saúde*

O cuidado com a saúde é algo que foi se impondo ao longo da história na medida em que a doença passa a ser pensada como um mal que pode ser evitado. Subjacente ao cuidar da saúde pode-se identificar, de acordo com Adam e Herzlich (2001), a vontade de compreender e agir sobre a doença. Essa postura se opõe a uma concepção anterior de resignação e impotência visto que a doença era consequência do destino do sujeito ou fruto da vontade de Deus diante do pecado do homem. Nesse caso, a doença representava uma oportunidade de redenção. Atualmente, nas sociedades industriais modernas, segundo Adam e Herzlich (2001, p.31) “os cuidados preventivos para com o corpo, além de ser um direito, são também um dever”. Se antes o médico só era procurado em situações de extrema gravidade, hoje a visita ao médico se impõe como medida de prevenção. Os autores ressaltam, entretanto, de que nunca houve nas diferentes culturas um fatalismo absoluto com relação à doença. Diferentes formas de combate à doença e, portanto, diferentes formas de cuidado sempre coexistiram com sentimentos de impotência e resignação. Ao observarem-se as formas de interpretação da doença e seu tratamento ao longo da história pode-se afirmar como Jodelet (2006, p. 75) que “as representações e as práticas relativas à saúde [se constituem] como um dos materiais privilegiados para a investigação dos sistemas culturais e sociais e sua articulação com o nível individual”.

A elaboração de políticas de promoção de saúde que visem não “somente a criação de condições que permitam a grupos ou indivíduos controlarem sua própria saúde, mas também a agirem sobre os fatores que a influenciam” (Fernandes et al., 2004, p.02) precisa levar em consideração esta complexidade.

A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio. A reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, no primeiro momento, ser aceita como uma oposição aos programas de gênero

destinados à saúde da mulher (Keijer, 2003). No entanto, é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais mais amplas que estabelecem (Gomes, 2003).

Em relação à **busca por assistência à saúde** e às representações masculinas de saúde adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. Para Valdés e Olavarría (1998) e Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. Recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de atenção primária apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço (Figueiredo, 2008; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). Sentimento expressado pelo participante 02.

*“às veze você tá com uma dor de cabeça ou uma dor no joelho, ou outro fato qualquer, você vai no médico, aí chega lá você encontra 30, 40 mulher esperando pra ser atendida por um médico ou uma médica, ou seja...você sozinho, um homem, é chato né. Você não tem aquele costume de tá indo frequente, como as mulher vão frequentemente, é chato, é muito chato”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

No Brasil, a construção da “saúde masculina” como alvo de políticas e de pesquisas é recente. Sua promoção continua sendo um desafio para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) destaca que homens podem apresentar mais riscos e morrem mais precocemente que mulheres, mas recorrem significativamente menos aos serviços de saúde, particularmente, de atenção primária. Segundo a Política, a saúde masculina deve ser promovida em consonância com as diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, que conferem

lugar central e ordenador à Atenção Primária e à Estratégia Saúde da Família. Vejamos nas falas abaixo, dos entrevistados.

*“realmente eu percebo que os homens procuram pouco os serviços de saúde, tiro por mim. Isso poderia melhorar através da educação, educar o homem para ir ao médico, porque o homem nunca tá doente, sempre tá bem, porque o homem é o machão, nunca adoecer, não quer ir ao médico”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

*“não tenho esse hábito de ir ao médico com regularidade. Até porque me sinto bem. Procuo fazer exames de sangue, pra saber se as taxas de colesterol, triglicérides estão boas.* [Part. 09 – urbano, 27 anos].

*“não sou de ir ao médico. Vou pra fazer exame de sangue ou quando a usina pede”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

Há estudos (Fontes, Barboza, Leite, Fonseca, Fontes & Nery, 2011) que também consideram que os homens estão mais vulneráveis aos problemas de saúde, em virtude da baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária. Em face a esta realidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 27 de agosto de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, orientou a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais (Brasil, 2009). Adicionalmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos prioritários na Estratégia Saúde da Família (Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008).

Contudo, muitas são as proposições e/ou justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. De acordo com Figueiredo (2005) por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse aspecto, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à

preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Os homens **procuram assistência de maneira frequentemente tardia ou emergencial**, priorizam a lógica da cura ou do alívio imediato dos sintomas, procurando o médico quando já apresentam doença manifesta, Capilheira e Santos (2006) e Fernandes et al. (2009) afirmam que há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim.

O cuidado com a saúde articulado à procura pelos serviços, citado pela maioria dos entrevistados como sendo o último recurso buscado quando já se está bastante debilitado. Tais colocações podem ser observadas, nas falas abaixo.

*“não lembro da última vez que fui a um médico, faz tempo. Não me cuido não. Só vou a um médico nas últimas, quando não aguento mais, procuro um especialista (...) eu sei que preciso me cuidar mais, ir a um médico especialista, urologista, pois já vou fazer 45 anos e nunca fui. A medicina preventiva é muito boa, pode se evitar muitas doenças. A mulher sempre é mais cuidadosa do que o homem, a mulher vai mais ao médico”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“o homem só deixa para ir ao médico nas últimas, quando não aguenta mais, ele vai pro médico. Eu sou assim (...) quem gosta de ir pra médico são as mulher (...) as mulher se cuida mais do que os homem. Quando precisei ir no médico, vi mais mulher no PSF, quase não vejo homem”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

*“não sou de ir pra médico, só quando sinto alguma dor, quando não aguento mais. Procuro ir nas últimas”* [Part. 07 – rural, 42 anos].

*“atualmente estou fazendo uns exames, o médico solicitou, pois estava sentindo umas dores no estômago. Resolvi checar pra saber o que é”* [Part. 01 – urbano, 28 anos].

*“não sou de procurar médico não, geralmente só na hora que precisa mesmo, em última instância. Só quando estou com algum sintoma, uma dor, mas dificilmente procuro. Fiz o de próstata porque minha mulher e filha insistiu e marcou pra ir comigo”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

*“só procuro o médico quando tenho algum sintoma que me incomoda, quando não suporto mais. Sem falar nos horários, só tenho folga aos domingos e nos domingos o PSF é fechado”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

Em pesquisa realizada visando explicar a **baixa procura dos serviços de saúde** pelos homens Gomes, Nascimento e Araújo (2007) revelam que as explicações elaboradas pelos entrevistados giram em torno de um único eixo estruturante: papéis a serem desempenhados para atestar a identidade masculina ou o que se entende por ser homem. O cuidar é associado ao feminino, ou seja, “a mulher se cuida mais do que o homem” ou “o homem não foi muito criado para se cuidar”.

Ao pensar na assistência à saúde do homem, a falta de unidades de saúde específicas para o cuidado com o homem também é apontada como barreira para o acesso dos homens aos serviços de saúde. Assim, os achados de Couto et al.(2010), Gomes e Nascimento (2006) afirmam que os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Em contrapartida, **a invulnerabilidade, a força e a virilidade** são associadas ao ser homem. Nessa lógica de pensamento, a procura pelos serviços de saúde é representada como sinal de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, o que aproximaria o homem das representações de feminilidade e colocaria em risco a masculinidade. Em alguns casos, a ida ao médico é considerada como uma exposição de vulnerabilidade e da fraqueza diante dos pares: põe em dúvida a masculinidade de quem procura ajuda, devendo ser evitada a todo custo. Percebe-se essa associação entre homem e invulnerabilidade que:

*“(...) porque o homem nunca tá doente, sempre tá bem, porque o homem é o machão, nunca adoecer, não quer ir ao médico”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

*“tem homem que acha que não fica doente, se considera forte, invulnerável. Conheço alguns que pensam assim.”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

O fato de apenas os entrevistados de curso superior terem mencionado sobre invulnerabilidade masculina não significa essencialmente que só eles utilizaram essa ideia. Mas pode significar que eles estariam mais conscientes acerca disso. Esse dado reforça conclusões de estudos sobre a invulnerabilidade como um dos eixos da construção da masculinidade (Courtenay, 2000; Sabo, 2002; Korin, 2001).

Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde (Gomes, 2008; Schraiber, 2005). Uma pequena parcela dos entrevistados relataram que quando procuram os serviços de saúde, buscam por atendimento odontológico.

*“eu só vou pra dentista. Quando estou indisposto ou com dor de cabeça tomo remédio em casa pra passar”* [Part. 04 – urbano, 36 anos].

*“eu procuro mais dentista do que médico. Sempre faço revisão nos dentes”* [Part. 05 – urbano, 31 anos].

Outra explicação dos entrevistados se articula às **questões relacionadas ao trabalho**, estando presente tanto no contexto urbano quanto no rural. A título ilustrativo destacam-se os seguintes depoimentos:

*“não gosto muito de ir ao médico. Não posso faltar ao trabalho na usina (...) trabalho na plantação de cana-de-açúcar, pego logo cedo no trabalho e chego tarde, não tenho tempo pra ir no PSF, faltar no trabalho não dar. Quando volto do trabalho tô muito cansado e o PSF já tá fechando”* [Part. 06 – rural, 51 anos].

*“porque trabalho os dois expedientes e quando chego em casa estou exausto, tento descansar. Estou dormindo pouco, vou dormir tarde e acordo muito cedo pra ir trabalhar”* [Part. 01 – urbano, 28 anos].

*“(...) o PSF teria que ter um turno à noite, eu garanto que a maioria dos homens iriam, porque facilitava o acesso. O homem não gosta de faltar ao trabalho, quem gosta de trabalhar não quer faltar, perder um dia de trabalho pra ir ao médico, é complicado”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

*“(...) a gente perde um dia inteiro quando vai ao médico, é muito tempo de espera. E quando é atendido é muito rápido, eles não passam as informações sobre o problema, mal deixam a gente falar, o atendimento não é bom” [Part. 07 – urbano, 34 anos].*

*“eu não tenho plano de saúde, dependo do serviço público. Tenho que ir ao PSF, para depois ser encaminhado para outro serviço. Muita burocracia e tem que ter tempo livre pra resolver isso. No meu caso tenho que faltar ao trabalho, fica complicado. Meu tempo é pouco, não posso ficar sem trabalhar” [Part. 11 – urbano, 32 anos].*

Essas falas representam um lugar comum, revelando que o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, principalmente para os participantes do contexto urbano, a busca por esses serviços fica em segundo plano.

Cabe observar que esse problema pode não estar reduzido apenas aos homens. Os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres.

Outro fator que sugere a não procura por serviços de saúde, por parte dos homens, é que muitos locais de trabalho **só abonam a falta** mediante atestado médico, que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de simples marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção.

Nas falas dos homens, moradores de cidades rurais e urbana, a precarização dos serviços públicos em relação a **demora e mau atendimento** também está presente. Os homens de ambos os contextos, ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, são mal atendidos, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e, por questões

econômicas, eles não podem buscar um atendimento privado. Esse fato pode ser observado a partir do relato dos participantes 01 e 03.

*“uma vez eu fui mal atendido. Levei um acidente de moto aqui (...) aí minha mãe foi conversar com ela (médica) eu disse: seus problemas é seus problemas, a senhora tá aqui a trabalho, eu não estou pedindo a senhora favor”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“a demora pra atender é grande, falta médicos e até remédios. Tem que ter muita paciência e tempo livre. Se eu pudesse pagava particular”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“filas enormes, demora e mau atendimento, não escuta o paciente pra saber com detalhes o que a pessoa sente”* [Part. 01 – urbano, 28 anos].

*“os homens se irritam por ficar esperando pra ser atendido. Pois a demora é grande, muitos não tem paciência pra esperar. É difícil. Você vai a um PSF não tem médico, vão ter que encaminhar você pra outro serviço. Pra você conseguir uma ficha no sistema único de saúde é uma dificuldade imensa”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

Diante do exposto, é possível perceber que os homens não tem paciência na espera pelo atendimento, se irritam e acabam desistindo. O que confirma os estudos de Machin et al. (2011) que em oposição ao atendimento feminino, profissionais de saúde concebem que, ao contrário das mulheres, os homens são “pouco pacientes” na espera pelo atendimento. Essa ideia é reforçada também por Gomes e Schraiber (2011) que na ótica de usuários da atenção básica ao valorizar a “prontidão do atendimento”. A agilidade atribuída como característica do bom atendimento masculino parece ser naturalizada tanto por profissionais, quanto por usuários homens. Tal naturalização acaba por ignorar o fato de que a agilidade também deve ocorrer para atendimentos de mulheres. Reproduz-se assim, a ideia de que a mulher está domesticada para a espera, enquanto o homem tem pressa.

O medo de ir ao médico também foi mencionado entre os participantes do meio rural, tal sentimento justifica-se pelo **medo de descobrir uma doença** qualquer que o leve inexoravelmente à morte. De acordo com os investigados, os motivos por não procurarem os serviços teriam relação com o fato de os homens serem mais displicentes no cuidado

com a saúde, o medo de descobrir que algo não vai bem, constrangimento em expor o corpo para uma profissional.

*“desde criança não gosta de ir ao médico. Não se sente bem em ir ao médico, eu também tenho medo de descobrir alguma coisa ruim, sei lá”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“eu tenho medo de ir ao médico e sei lá (...) descobrir algum problema de saúde”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

*“(...) acaba com a saúde da gente, moça. Rummm eu bem sei. Eu também tenho medo de ter algo sério. Já pensou se o resultado for ruim, posso até morrer. Eu sei que quem trabalha por muito tempo com herbicida pode até morrer”* [Part. 07 – rural, 42 anos].

Foi perceptível, ainda o vínculo entre saúde e a **responsabilidade de provedor da família**, sendo mais presente no contexto rural. Perder a saúde, para os homens entrevistados, estava relacionado com o fato de prejudicar toda a família, uma vez que comprometeria a função do homem no sustento do lar. Identifica-se não somente ao dever do homem trabalhar, mas ainda ao forte discurso hegemônico que concede o trabalho enquanto condição para ser homem. Tais sentimentos podem ser observados nas falas abaixo.

*“(...) quando fiquei desempregado, foi difícil, um pai de família desempregado, é complicado. Meu filho depende de mim”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“(...) sei que preciso trabalhar pra manter minha família, peço muita saúde a Deus, com saúde a gente consegue tudo, tem disposição pra trabalhar”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“em casa só quem trabalha sou eu, a mulher cuida da casa. Quero ter saúde pra trabalhar. Homem que é homem tem que trabalhar pra manter a família”* [Part. 06 – rural, 56 anos].

*“(...) passei alguns meses sem trabalhar, impossibilitado de trabalhar, sem poder fazer nada e a minha família depende de mim. Tenho quatro filhos pequenos. Foi muito ruim”* [Part. 11 – urbano, 32 anos].

Seguindo esta perspectiva, Satri (2007) aponta em seu estudo com famílias pobres que a compreensão da identidade masculina está diretamente atrelada ao valor do trabalho,

sendo esse, determinante para a garantia e afirmação de sua autoridade na família. Dessa forma, percebe-se a prioridade do homem em se sentir como provedor econômico e moral da família, enquanto a identidade feminina gira em torno da ordem doméstica através do cuidado com filhos e marido.

Por isso, a redução do poder de decisão e a incapacidade de influenciar o meio, decorrentes do desemprego e da informalidade, podem ser danosas à saúde psicológica. De acordo com Ludermir e Melo-Filho (2002), a desvalorização social causada pelo desemprego pode comprometer o bem-estar psicológico individual. Os trabalhadores manuais, informalmente inseridos no processo produtivo ou desempregados, foram os que apresentaram as maiores prevalências de TMC nos estudos realizados pelos autores.

Outro aspecto que merece atenção são os cuidados preventivos com a saúde. Tal aspecto foi evidenciado no contexto urbano, onde percebeu-se a maior procura por clínicas particulares como **prevenção na saúde masculina**. Se antes o médico só era procurado em situações de extrema gravidade, hoje a visita ao médico se impõe como medida de prevenção. Verificou-se que os homens do contexto urbano buscam os serviços de saúde como forma de prevenção de doenças. Como expressado nas falas dos participantes.

*“fui a um urologista, pra fazer exame de próstata. Fiz ultrassom, exame de toque e PSA. Graças a Deus deu tudo normal. Fiz por prevenção. Isso faz dois anos, eu tinha 49 anos”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

*“sim, faço exames periódicos. Geralmente vou ao médico pelo menos uma vez por ano, por prevenção, pra saber como estou de saúde, é importante”* [Part. 08 – urbano, 39 anos].

*“faço exames de sangue e, uma vez por ano faço check-up. Eu procuro me cuidar, ir ao médico pra saber como anda a saúde”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

*“fui ao médico pra fazer check-up, uma vez por ano faço. Procuro me cuidar, a prevenção é importante”* [Part. 13 – urbano, 44 anos].

A PNAISH tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS,

mediante o enfrentamento racional dos fatores de risco e a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde. Tal política afirma que os homens devem ser protagonistas da promoção de saúde e da prevenção (substituindo à lógica curativista) e que o cuidado deve focar não só aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais e psicológicos da saúde. Para cumprir esses propósitos, os serviços de saúde devem ser ressignificados como “espaços, também, masculinos”: é preciso que os homens possam se identificar com esses espaços e que os profissionais, por sua vez, reconheçam a população masculina como alvo de cuidados (Brasil, 2008).

Porém, alguns homens do contexto rural demonstraram surpresa com a existência de uma política específica para a sua saúde do homem e satisfação pela possibilidade de sua inclusão nos serviços de atenção primária à saúde. Já no contexto urbano mesmo não conhecendo a política na teoria, os homens possuem informações de campanhas voltadas para a saúde masculina.

*“o homem já tem aquela coisa de não procurar o médico, só procura na hora de uma dor. A divulgação em nível de Brasil, a saúde pública é deficitária. No mês de novembro falou um pouco sobre saúde do homem, mas depois para, esquecem, não se fala mais”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

*“não conheço a política, não sabia que existia uma política voltada exclusivamente para a saúde do homem. Mas já vi certa vez falando do novembro azul”* [Part. 08 – urbano, 39 anos].

*“não sabia que tinha uma política do homem. Só o novembro azul. Vi na TV falar sobre o câncer de próstata”* [Part. 11 – urbano, 32 anos].

*“nunca ouvi falar moça. Não sabia que tinha isso”* [Part. 04 – rural, 30 anos].

*“tem é! não sabia! Isso é bom né, concordo viu”* [Part. 05 – rural, 50 anos].

Ademais, é possível perceber que os homens das cidades rurais utilizam mais os serviços públicos, em especial o PSF e o hospital público, em busca de **pronto-**

**atendimento**, sendo o cuidado com a saúde mais curativo do que preventivo. Desta forma, as mudanças sociais incidem de forma diferenciada nos sujeitos que vivem o mundo em tempos e espaços diferentes.

*“(...) exames de trabalho, solicitado pela empresa que prestei serviço como eletricitista”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“(...) levei um acidente de moto aqui, não cheguei a quebrar nada não, mas fiquei todo “relado”, fui no médico me limpavam todinho”* [Part.02 – rural, 35 anos].

*“minha pressão arterial sempre verifico ela, tá 12 por 8, não sou diabético, não tenho casos na família de diabetes. Não tenho sobrepeso, cuido da minha alimentação”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“há seis meses fui ao médico. A usina pediu (...) vez ou outra faço exames de sangue pra saber de colesterol, essas coisas”* [Part. 06 – rural, 56 anos].

## 6. *Cuidado em saúde mental*

No que tange à Política Nacional de Saúde Mental, não há uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado à população rural, apesar de constituir um coletivo cujas especificidades geram demandas particulares associadas às condições de vida e trabalho e, conseqüentemente, de atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e dependência química. Mesmo na mais recente política pública voltada à saúde integral das populações do campo e da floresta (Brasil, 2011). Verifica-se que não há qualquer referência à saúde mental, seja para indicar as particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações e, conseqüentemente, as necessidades de saúde os modos de adoecer e de cuidado, seja para nortear o planejamento e ordenamento das redes de atenção, assim como a oferta de ações e serviços de caráter psicossocial.

A literatura tem sinalizado para o enorme desafio quando se trata da efetividade das políticas e das ações em cenários voltados para as populações vulneráveis. Produzir cuidado integral e culturalmente sensível, com o foco nas atividades domiciliares e em articulação com a comunidade, demanda esforços de distintas ordens, indo desde investimentos em infraestrutura, contratação de equipes profissionais mais diversificadas e flexíveis, em processo de educação permanente, até a transformação de ações programáticas e de modelos tradicionais de gestão e de gerência dos serviços (Dimenstein et al., 2016).

Faz-se necessário refletir sobre o atendimento às demandas de saúde mental masculina nos serviços de saúde. De acordo com Figueiredo (2008), os serviços de saúde ainda não incorporaram as especificidades masculinas, pois não consideram as questões relacionadas às construções sociais das relações de gênero e veem nos homens apenas os problemas atrelados à dimensão corporal.

Em territórios rurais, se observam muito baixas densidades populacionais, potencializam o isolamento social, inadequado apoio social e acesso a cuidados de saúde, constituindo-se como características que têm vindo a ser associadas a piores resultados de saúde mental (Locker, 2008; Santana et al., 2015). Em geral, são territórios de maior vulnerabilidade, caracterizados por maior envelhecimento da população, baixa escolaridade, elevadas taxas de inatividade, baixos rendimentos, más condições de habitação e baixa disponibilidade de infraestruturas que promovam a adoção de práticas saudáveis (Santana, Costa, Loureiro, Raposo & Boavida, 2014).

A maioria das pesquisas sobre o desenvolvimento profissional da Psicologia no país explicita a interdependência entre o processo de modernização brasileira e a expansão do campo profissional (Antunes, 1999; 2004). Considerando ser a urbanização uma das principais características desse processo, justifica-se em parte a centralização das ações da

Psicologia em cidades com características predominantemente urbanas, locais de circulação do grande capital e polos de desenvolvimento industrial.

Constatou-se no contexto urbano um **interesse espontâneo na busca por tratamento psicológico.**

*“(...) chorava com frequência e isso me deixou abalado psicologicamente, fiquei traumatizado (...) Faz dois anos que faço terapia. Tive depressão, não queria sair de casa, tinha medo de passar pela mesma situação. Tenho fobia pra sair de casa” [Part. 08 – urbano, 39 anos].*

*“busquei fazer terapia, através da indicação de uma amiga, ela pediu pra eu procurar um psicólogo, a força que ela me deu foi grande, nem sei como teria saído dessa se não fosse o apoio dela” [Part. 13 – urbano, 44 anos].*

*“procurei ajuda psicológica, pois ando muito tenso, muito ansioso. Tenho dificuldade pra se concentrar e tomar decisões. Me sinto muito sozinho, sinto falta da família. Faço terapia há três meses” [Part. 14 – urbano, 25 anos].*

Diante do exposto, Mello (1975), em pesquisa sobre a atuação do psicólogo no estado de São Paulo, afirma “[...] a Psicologia só tem encontrado aplicação nos grandes centros urbanos ou nas áreas industrializadas, vale dizer nas mais ricas, e do ponto de vista cultural, mais próximas dos modelos que os países desenvolvidos oferecem” (Mello, 1975, p. 35). Assim, percebe-se que mesmo apresentando o perfil urbano como característica predominante da Psicologia, autores como Rosas, Rosas e Xavier (1988), consideram importante avançar para outros espaços territoriais, tanto como forma de ampliar seu leque de ações quanto como garantia de uma reserva de mercado importante para o futuro profissional.

Mesmo diante dessas considerações, a formação e atuação dos psicólogos continuam voltadas para contextos eminentemente urbanos. O processo de “interiorização da profissão” parece ser impulsionado apenas posteriormente, com o ingresso de psicólogos em campos não tradicionais e há pouco desenvolvidos, com especial destaque para o setor do bem-estar-social que impulsionará de forma efetiva o processo de interiorização, além

da expansão do sistema de ensino superior brasileiro em direção às cidades de pequeno e médio porte (Leite et al., 2013).

Por outro lado, fica evidente no contexto rural a falta de psicólogos e o **desinteresse na procura por tratamento psicológico** por parte dos moradores rurais, seja por não acessar a rede de serviços de saúde primária e especializada ou por arraigar a psicologia a doença mental, bem como não são atingidos pelos programas de saúde ou de assistência social. Verificou-se nas cidades rurais paraibanas a falta de profissionais de psicologia. Os moradores sinalizaram que não existe psicólogo/a na cidade e, quando necessitam de atendimento psicológico tem que procurar em outras cidades, que na maioria das vezes, não conseguem se deslocar para a capital ou para outros municípios, seja pelas péssimas condições financeiras ou por dificuldades em conseguir transporte.

Identificou-se, também, a presença nesta população de preconceitos e/ou crenças ainda arraigadas sobre a loucura, o que pode dificultar a procura por médicos psiquiatras ou psicólogos, por considerar tais profissionais como “médico de doido”. Apesar da propagação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, a expansão dos CAPS, o maior conhecimento da população sobre a loucura e os direitos dos pacientes com transtornos mentais, ainda é possível encontrar representações estigmatizadas do sofrimento psíquico associado à loucura, assim como **a fragilidade e a vergonha** em ter um transtorno mental, ser “doente mental”. Como pode ser verificado nas falas abaixo.

*“sei lá, tenho vergonha (...) as pessoas aqui falam que psicólogo é pra doido (...) por enquanto não preciso de psicólogo, não sou doido”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“não tenho problema na cabeça, psicólogo é mais pra quem tem doença na cabeça”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

*“é um tranquilizante pros nervos, deixa você mais tranquilo, sem ter muita agitação. Tem pessoas que acham que quem toma essa medicação é louco, mais eu não sou louco. Eu procuro fazer o certo e muita das vezes eu acerto, mas poucas vezes eu erro”* [Part. 04 – urbano, 30 anos].

Sabe-se que por um longo período, os portadores de transtornos mentais foram tratados como loucos, perigosos e afastados do convívio com a sociedade, tornando-se, em muitos casos, moradores permanentes de hospícios. De acordo com Dimenstein et al. (2016) tal visão contribuiu para a produção do estigma, o qual possui valor depreciativo que os coloca numa posição diferenciada das demais pessoas, interferindo nas relações sociais e, por consequência, contribuindo para a exclusão. Nos dias atuais essa realidade ainda é vivenciada por essas pessoas, sobretudo em cidades rurais, apesar dos avanços ocorridos após a reforma psiquiátrica.

Desse modo, faz-se necessário também que os profissionais de saúde da atenção primária realizem ações que tenham como objetivo a mudança dessa representação social em relação à loucura para que se possa, de certa maneira, superar esse estigma do doente mental. Para tanto, Santos (2013) sinaliza que é preciso que os usuários dos serviços sejam reconhecidos como cidadão de direitos e demandantes de ações de cuidado integral pelos profissionais de saúde, e que estes desenvolvam estratégias para a inclusão social junto à comunidade e serviços da rede, caso contrário, só aumentará a discriminação social em relação aos mesmos.

O estigma e a marginalização derivados dos problemas de saúde mental podem impactar na autoestima, na autoconfiança, reduzir a motivação e interferir nos projetos de vida. Como agravante, os problemas de saúde mental comumente não encontram respostas e soluções nos sistemas nacionais de saúde em nível mundial (WHO, 2008), ampliando o grau de vulnerabilidade dessas populações.

Apesar dos esforços, em termos do Sistema Único de Saúde, as populações rurais enfrentam problemas de acesso aos equipamentos de saúde, não têm cobertura satisfatória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, nem retaguarda suficiente em termos de consulta, vacinação, exames clínico-laboratoriais etc.

isso se aplica igualmente às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. No entanto, tem sido por meio da Política de Saúde, com a implantação de serviços da atenção primária e saúde mental, Núcleos de Apoio a Saúde da Família/NASF e Centros de Apoio Psicossocial/CAPS, e da Política de Assistência Social, com Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), nos municípios de médio e pequeno porte, que a população do campo tem tido acesso de maneira mais efetiva aos serviços dos psicólogos.

Embora tenhamos um sistema de saúde universal e público como o SUS e uma ferramenta potente como a Estratégia de Saúde da Família na atenção primária, um dos grandes desafios é fazer com que suas ações se efetivem em todo o território nacional, em espaços de difícil acesso e baixa densidade populacional, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, posto de saúde), os modelos de gestão pública, a falta de redes integradas e intersetoriais, a formação dos profissionais que não incorpora a concepção de determinação social da saúde e da vida são problemas que não podem ser desconsiderados. Ou seja, o desafio é garantir cobertura em cenários repletos de aspectos que dificultam uma oferta qualificada de cuidados, especialmente se considerarmos a saúde mental (Neto, Dimenstein, Leite, Macedo Dantas, Torquato, Silva, 2016).

### *7. Rede de apoio social*

No que se refere ao **apoio social**, segundo Griep (2003), este apresenta uma dimensão qualitativa da rede social, ou seja, é um sistema constituído por relações formais e informais por meio do qual o indivíduo recebe apoio emocional, cognitivo e material para enfrentar situações desencadeadoras de estresse e sofrimento. Dessa maneira, verifica-se que o apoio social tem um papel imprescindível no processo saúde-doença desses indivíduos, em muitos momentos atua de forma a contornar a possibilidade do

adoecimento advindo de determinados eventos da vida (Pietrukowicz, 2001). Portanto, Costa e Ludermir (2005) destacam que o apoio social possui uma função protetiva contra a prevalência de TMC, tendo em vista que as interações com familiares e vizinhos, assim como profissionais de saúde contribuem para o bem-estar dos indivíduos.

No contexto rural, o **apoio social ainda é restrito**, isso fica explícito nos relatos dos participantes, os quais mencionaram que no meio rural os moradores não veem com simpatia os indivíduos que estão em sofrimento mental, tratando-os de forma preconceituosa ou com desprezo, como pode ser constatado na fala do participante 01, com 24 anos de idade, *“tem um rapaz aqui que tem problema mental, as pessoas diz que ele é doido. Vez ou outra ele vai pra capital fazer exames (...) eu mermo não sou de contar meus problema pra família (...) fico calado, pra quê, eles vão se preocupar e não entende o que eu sinto. Prefiro falar pro amigo, acho melhor”*.

Diante do exposto, apesar da família ser fonte principal de proteção e apoio, fragilidades na qualidade dos laços familiares podem trazer consequências negativas para o bem-estar e saúde mental da população masculina. Neste sentido, é importante investir em redes de apoio social com a criação de grupos de cuidado social em que os homens recebam informações sobre os mais diversos assuntos e tenha atividades diferenciadas que promovam interação com os demais membros e priorize o envolvimento comunitário para aumentar a confiança consigo mesmo, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentamento dos problemas cotidianos.

Observa-se, assim, no contexto rural uma fragilização dos laços de apoio social e de confiança. A esse respeito, Passos (2007) compreende que tal fragilização dos laços de confiança e solidariedade está intrinsecamente relacionada com os modos de subjetivação da contemporaneidade, os quais são caracterizados pelo individualismo exacerbado, pelo hedonismo, o que culmina na constituição de relações inconsistentes, solúveis e, embora as

relações familiares, comunitárias possuem considerável relevância na produção subjetiva do sujeito, o seu papel vem se tornando mais fragilizado.

Nas cidades rurais, onde o acesso a serviços e cuidados em saúde mental são escassos, a existência dessa rede informal de cuidados se mostra significativa, pois, usualmente, é o único instrumento que os homens dispõem para ajudá-los a amenizar seu sofrimento no dia-a-dia. Os estudos de Costa e Ludermir (2005) identificaram correlação entre o baixo apoio social mencionado por moradores de comunidade rural pernambucana e a probabilidade duas vezes maior de sofrerem de transtornos mentais comuns, sendo o apoio social a solução para “*vencer as dificuldades cotidianas e íntimas*” (p.77). Nos casos em que a busca por ajuda é sinalizada, os principais modos de enfrentamento aos problemas de saúde mental, além de recorrer à fé e espiritualidade, são conversas e apoio com amigos, familiares e vizinhos. Entretanto, o apoio social entre os “casos-problema” está pouco associado à acolhida para enfrentamento de problemas entre os moradores da comunidade.

A religião une as pessoas ao nível do sagrado e de um Ser Superior, de uma divindade que opera milagres, cuidados e cura. Observou-se entre os participantes do contexto rural e urbano que a fé em Deus, a devoção e religiosidade os ajudam a enfrentar os problemas do dia-a-dia. Tal expressão de fé é expressa através dos santos milagreiros, na ida a igreja para participarem de missas, sobretudo aos domingos, com ritos religiosos, novenas e encontros quinzenal ou mensal para rezar o terço, denominado de terço dos homens.

De acordo com Dantas (2008) a experiência religiosa é extremamente forte para explicar a comunhão entre as pessoas e a natureza ou com a própria divindade. Para a autora, a experiência religiosa é uma atividade subjetiva que interfere na vida social por instigar comportamentos e atitudes para o sagrado.

No contexto urbano, o apoio social surge como suporte de grande importância, sendo ressaltado pelo participante 13 (com 44 anos de idade), como fundamental. Observa-se que

além da família a rede de apoio mencionada pelo participante inclui **o apoio de uma amiga**. *“Busquei fazer terapia, através da indicação de uma amiga, ela pediu pra eu procurar um psicólogo, a força que ela me deu foi grande, nem sei como teria saído dessa se não fosse o apoio dela”*. A influência positiva de amigos/parentes/familiares é fulcral para a saúde e bem-estar do indivíduo. Percebeu-se que o fato de ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, adaptando-se melhor a certas circunstâncias particulares, causadoras de sofrimento psíquico e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menores consequências.

A forma de funcionamento da comunidade e a sua organização social são fatores que produzem efeitos na saúde mental da população. A influência positiva destas dimensões pressupõe a interação entre indivíduos, ou seja, a existência de relações de confiança, ajuda e cooperação, o compromisso cívico, a partilha de uma identidade comum, a presença de um sentimento de pertença a uma sociedade/comunidade e a adesão/união (Baum & Ziersch, 2003).

Por tudo isso, é necessário esclarecer que a atenção básica assumiu o papel de porta de entrada do sistema de saúde, entendendo a saúde como produção social, considerando determinantes socioeconômicos no processo saúde-doença, bem como a participação ativa da comunidade na tomada de decisões pertinentes ao desenvolvimento do território (Dimenstein, Lima & Macedo, 2013). Ademais, a saúde mental foi integralizada à atenção primária a saúde, onde esta se tornou responsável pelo acolhimento de pessoas em sofrimento mental, bem como pela continuidade do cuidado. OS TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente ansiedade e depressão, fato demonstrado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço.

Portanto, os cuidados aos homens com TMC deve levar em consideração as relações e os laços que os homens possuem com seus familiares e sua rede de apoio social, pois estes tanto podem causar adoecimento como podem auxiliar no alívio do seu sofrimento. O cuidado em saúde no contexto rural se configura como um problema para a população, pois, por mais que possamos perceber as transformações pelas quais o rural passou nas últimas décadas, ainda é possível observar baixo nível de investimentos em políticas públicas relativas à promoção da saúde e assistência social, fazendo com que o acesso aos serviços pela população rural seja bastante difícil.

## *6.2 Classe Temática II – Vivências de sofrimento psíquico masculino*

No âmbito mais específico da saúde mental, é crescente o interesse em compreender o sofrimento psíquico em suas várias dimensões, ante os problemas enfrentados no cotidiano, sobretudo junto a segmentos populacionais que escapam aos códigos hegemônicos e para os quais não se conta com respostas claras dentro do modelo biomédico. O processo de adoecimento também é um processo intersubjetivo, em que emerge como um fenômeno que deve ser tomado na interface com o contexto social e seus condicionantes, nos planos objetivo e subjetivo. Especificamente com relação ao TMC, acredita-se, sob estes preceitos, que o desenvolvimento do seu conjunto de sintomas não é um processo fixo, imutável e resultado de causas específicas, mas é uma forma de adoecimento que se deve levar em consideração a dimensão subjetiva que se desenvolve no decorrer da vida, apresentando diferentes significados, com base nas vivências e no contexto em que as pessoas estão inseridas.

Dessa forma, em ambos os contextos estudados, o sofrimento dos homens com TMC envolve um leque de elementos de ordem social, cultural e intersubjetivo que

envolve diversos aspectos da vida cotidiana, a saber: problemas conjugais; questões de gênero, fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica; aspectos ambientais e socioeconômicos; quebra de expectativas; falta de lazer; bem como, o processo de urbanização e ruralização que envolvem o dia-a-dia nos contextos em estudo, entre outros. Nessa classe temática, buscou-se envolver as vivências trazidas pelos homens com relação aos aspectos citados, no intuito de compreender como estes influenciam seus sentimentos.

### *1. Problemas conjugais*

Sendo o ser humano um ser social, este tem a necessidade de estar com o outro, o sujeito vivencia ao longo da vida diversos tipos de relacionamentos interpessoais. Assim, as pessoas em geral, são constituídas pelos relacionamentos que estabelecem, motivo pelo qual é muito importante uma investigação sobre como se dão esses vínculos, inclusive sobre as relações conjugais (Machado, 2007).

Para Norgren, Kaslow, Hammerschmidt e Scharlin (2004) os relacionamentos amorosos ganham uma dimensão significativa na vida adulta, ao ponto destes terem implicações na saúde mental, física e até mesmo profissional das pessoas.

Percebe-se que nos dias atuais, as transformações de ser casal e família, vêm se apresentando em múltiplas modalidades, entre eles casais vivendo em casas separadas, as tríades relacionais consensuais (Perlin & Diniz, 2005), uniões estáveis com filhos (Waldemar, 2008), os casais legalmente casados sem filhos (Féres-Carneiro & Ziviani, 2010); as poligâmias, os poliândricos (Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005); relações abertas; uniões homoafetivas; relacionamentos poliamorosos (Féres-Carneiro & Ziviani, 2010); e casais heteroafetivos casados no civil com filhos. Todas essas transformações e contrastes relacionais surgem, indistintamente, nesse período, em suas configurações estruturais e arranjos diferentes dos que se estudava há 50 anos, conforme abordam Perlin

e Diniz (2005). Atualmente, o casamento passa a ser considerado, de acordo com Magalhães e Féres-Carneiro (2003); Féres-Carneiro e Ziviani (2010), como uma escolha individual, responsável e autônoma, baseado em laços de afeto e de afinidade, que representam uma relação de significações muito intensa na vida dos sujeitos.

Todavia, a maneira como os homens se relacionam com suas companheiras se mostrou relevante para a compreensão do seu sofrimento com TMC. Estando mais presente no contexto urbano os **problemas conjugais**:

*“a separação com minha mulher me deixou muito triste, mas não tem volta”* [Part. 03 – urbano, 45 anos].

*“é mais em casa, na vida pessoal, relacionamento com minha companheira não tá bom. Tenho problemas conjugais, ando discutindo com minha mulher por causa de bobagens da parte dela”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

*“mas também tem haver com problemas conjugais. Estou no terceiro relacionamento e como não estou trabalhando mais, isso mexe comigo”* [Part. 08 – urbano, 39 anos].

*“(...) devido a uma separação conjugal complicada. A mulher não queria se separar. Brigávamos bastante, muitas discussões. Foi um rompimento amoroso complicado”* [Part. 13 – urbano, 44 anos].

Com base nas falas acima, percebe-se relações conflituosas vivenciadas entre os homens. Simmel (1971) aponta para as sérias consequências que o ideal contemporâneo do casamento, onde se deseja o outro por inteiro e pretende-se penetrar o outro em sua intimidade por completo. Os indivíduos têm que funcionar como reservatórios inesgotáveis de conteúdos psicológicos latentes e a satisfação da entrega total pode produzir uma sensação de esvaziamento. Há um aumento das expectativas, uma extrema idealização do outro e uma super exigência consigo mesmo, provocando tensão e conflito na relação conjugal, podendo levar à separação.

A constituição e a manutenção do casamento contemporâneo são muito influenciadas pelos valores do individualismo. Os ideais contemporâneos de relação

conjugal enfatizam mais a autonomia e a satisfação de cada cônjuge do que os laços de dependência entre eles. Por outro lado, constituir um casal demanda a criação de uma zona comum de interação, de uma identidade conjugal. Assim, o casal contemporâneo é confrontado, o tempo todo, por duas forças paradoxais a que a autora chama de “o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade”. Se por um lado, os ideais individualistas estimulam a autonomia dos cônjuges, enfatizando que o casal deve sustentar o crescimento e o desenvolvimento de cada um, por outro, surge a necessidade de vivenciar a conjugalidade, a realidade comum do casal, os desejos e projetos conjugais (Féres-Carneiro, 1998).

No contexto rural os homens acabam por reprimir seus sentimentos e uma pequena parcela mencionou vivenciar relações conflituosas com suas companheiras, como verificado na fala do participante 01: *“Não tem chance de voltar, eu não quero. Esse rompimento com ela, fim da relação, me deixou muito triste, arrasado. Não quero falar sobre isso”*. Por ainda estar presente a cultura patriarcal em várias cidades rurais, a masculinidade é expressa através de questões que envolvem virilidade e força, assim os homens não devem expressar seus sentimentos, aspectos como emoção, preocupação, afeto e ternura são camuflados e guardados para si.

Vale destacar que os homens recorrem ao **uso de bebida alcoólica** como forma de fugir e aliviar seus problemas, como pode ser verificado na fala dos participantes 03 e 07:

*“recorro à bebida alcóolica pra esquecer os problemas”* [Part. 03 – urbano, 45 anos].

*“a cachacinha é sagrada. Vez ou outra eu tomo pra distrair um pouco, esquecer os problemas”* [Part. 07 – rural, 34 anos].

O álcool é a substância psicoativa mais consumida e acessível na atualidade. O alto consumo é considerado um problema de saúde pública, desencadeando inúmeros prejuízos

à saúde, mas também social, laboral, familiar e econômico. Em âmbito global, o consumo de álcool tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, com predominância em países desenvolvimento. Inclusive, maior aumento em países que contam com pouca presença de políticas públicas voltadas para a atenção ao álcool e outras drogas (OMS, 2014).

Essa situação também foi verificada por Santos (2009) ao observar a existência de práticas de cuidado entre mulheres diante do sofrimento mental, processo que ganha feições diferentes entre os homens que buscam a bebida como forma de fuga e alívio (e que funciona muitas vezes como agravantes do quadro de saúde mental), enquanto as mulheres têm vínculos afetivos e nos papéis tradicionais um efeito protetor no enfrentamento do sofrimento.

## *2. Relações de Gênero*

Os estudos relativos a homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. Com relação à saúde dos homens o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina (Courtenay, 2000; Couto & Schraiber, 2005). Os estudos em saúde mental realizados sob a perspectiva das relações de gênero são ainda incipientes, tanto internacionalmente, quanto na realidade brasileira.

Destacam-se estudos como o de Courtenay (2000), que assinala a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007) reconhecidos como

característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e **provedor**. Tais sentimentos foram evidenciados no contexto rural.

*“homem tem que trabalhar, é o chefe da família, tem que manter a casa. A mulher cuida dos filhos e o homem vai trabalhar pra colocar comida dentro de casa”* [Part. 01 – rural, 24 anos].

*“eu mantenho a casa, minha esposa não trabalha em nada, só eu mesmo”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

Badinter (1992) aponta assim que “ser homem” é uma construção que ocorre no imperativo: implica em assumir uma postura ativa de ter que provar a todo momento que se é, “de fato”, “homem”. Isto é, a virilidade masculina deve ser fabricada e afirmada em todas as circunstâncias para ser validada. As masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos (Courtenay, 2000; Keijzer, 2003). No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino.

Korin (2001), Sabo (2000) e Courtenay (2000) demonstram que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Essa construção também define a forma como os homens usam e percebem os seus corpos. Nas perspectivas de seus modelos de masculinidade, os homens muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, como pode ser verificado na fala do participante 02, contexto urbano, 40 anos de idade: *“minhas dores no estômago eu acho que é alimentação errada, estou me alimentando mal, só como fora de casa, como muita fritura e massas, sei que não faz bem”*, comportamentos esses que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a **masculinidade hegemônica** (Connell, 1995).

Nesses modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina – e a ideia de uma sexualidade instintiva e, portanto, incontrolável. Associadas a isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde. Embora haja uma ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde (Courtenay, 2000). Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é importante dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Separavich (2013) as relações de dominação masculina sobre as mulheres tendem a se reproduzir por meio de uma matriz inconsciente que estabelece as características do que é ser homem, desta forma os homens veem como natural a necessidade de serem provedores, agressivos, competitivos, etc. Tal modelo de masculinidade apresentou-se com mais frequência no contexto rural, entretanto no contexto urbano constatou-se o surgimento de um “**novo homem**”, mais preocupado com a educação dos filhos, na divisão de tarefas com as mulheres, em alguns afazeres domésticos, nos cuidados com os filhos, na paternidade, em que os homens procuram apoiar as companheiras durante a gravidez, pré-natal e parto. Na promoção dessa assistência, as temáticas da “saúde sexual” e da “paternidade” podem ser úteis para que sejam desenvolvidas ações de saúde com homens de diferentes perfis. Observado na fala do participante 12 e 15, respectivamente, ambos do contexto urbano.

*“eu procuro acompanhar minha mulher nos exames de ultrassonografia, no pré-natal, ela tá grávida. Quando não estou trabalhando, eu ajudo a mulher em casa, faço comida, lavo*

*louça porque ela tá grávida não pode fazer muito esforço, extravagância, pegar peso”* [Part. 12 – urbano, 31 anos].

*“que eu lembre só ia ao médico quando minha companheira estava esperando nossos filhos, fazia de tudo para ir com ela a médica. Sempre que dava eu ia”* [Part. 15 – urbano, 36 anos].

Face o exposto, percebe-se o envolvimento dos homens e a possibilidade de prazer, cuidado, zelo, ajuda e atenção desses sujeitos no que se refere à gravidez, ao parto e aos relacionamentos mais democráticos e equitativos na esfera doméstica, como bem menciona Ribeiro, Gomes e Moreira, (2015), o que vem aumentando, mesmo que timidamente, a participação masculina em relação a paternidade.

Tais aspectos corroboram com os estudos de Moreira, Gomes e Ribeiro (2016) que ao entender o envolvimento dos homens no pré-natal, a sexualidade masculina e a paternidade numa perspectiva de gênero e de trocas simbólicas significa, dentre outros aspectos, situar essas temáticas nas relações estruturadas e estruturantes estabelecidas entre homens e mulheres, que ancoram tanto a definição/exercício de papéis sociais como a construção/reconstrução de identidades. Nos serviços de saúde, os profissionais ocupam um papel estratégico na conquista da presença dos homens, no apoio às decisões relativas ao seu cuidado e de quem com eles convive.

É possível perceber que as mulheres, ao observarem seu lugar na sociedade, deram início aos movimentos que criticam relações de poder, reivindicaram seu espaço no mercado de trabalho e transformaram a vivência da sexualidade e da estrutura familiar. Da mesma forma, os homens também percebem a existência das masculinidades que se constroem ao redor do modelo hegemônico (Lyra, Leão, Lima, Targino, Crisóstomo & Santos, 2008).

Partindo do pressuposto que essas questões são social e culturalmente construídas, torna-se necessário relativizar essa cultura patriarcal. Não olhar o cuidado e o cuidar

somente na perspectiva feminina, mas compreender nas diferenças, como se processa o cuidado no universo masculino. Nesse sentido, estudos têm apontado que a responsabilidade social do cuidado, historicamente atribuído ao gênero feminino, está aos poucos deixando de ser de exclusividade das mulheres, tendo em vista que se encontraram alguns cuidadores homens mais envolvidos afetivamente com o cuidado da família, dos filhos, dos doentes e com o autocuidado (Flores, Borges, Denardin & Silva, 2011; Mesquita, Moreira & Maliski, 2011).

O ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor), entretanto, vem sendo abalado a partir dos questionamentos dos movimentos feministas (anos 70) e de gays (anos 80). Tais questionamentos, que rechaçam as bases naturalistas da dominação masculina, possibilitaram abrir um imenso campo de pesquisas que abarcassem a discussão da masculinidade a partir de outro enfoque (Welzer-Lang, 2004).

No entanto, conforme sublinham Zanello e Bukowitz (2011), essa exigência para que os homens cumpram ou realizem sua “essência” masculina é motivadora de tensões e conflitos permanentes, uma vez que “os homens acabariam assim por serem oprimidos por sua própria opressão”, adoecendo nesse lugar daquele que tem que dar conta de tudo (a todo custo).

Alguns moradores da região metropolitana de João Pessoa destacaram que estar doente resulta para os mesmos em **fracasso social**, assim, torna-se uma condição não tolerada, em que os homens enfrentam dificuldades para aceitar a doença e sentem-se inúteis por não estar trabalhando e ajudando a manter a família. O adoecimento psíquico masculino, de acordo com alguns participantes acarreta em uma ruptura brusca em suas trajetórias de vida. Significando a exclusão destes do espaço público. Na esfera privada, se confinam e se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade. Percebe-se que o CAPS desempenha a

única ligação destes com a sociedade e, portanto, se cria uma maior dependência com essa instituição. Como verificado no discurso do participante 04 e 15.

*“fiquei dois anos em acompanhamento no CAPS, ia uma vez por semana. Tomava medicação controlada, não tomo mais os remédios, o médico suspendeu, parei de tomar. Quero voltar ao trabalho, sinto falta, ficar em casa sem fazer nada é muito ruim, quero me sentir útil”* [Part. 04 – urbano, 36 anos].

*“fiquei muito doente, sentia muitas dores nas articulações, pensei que ia morrer, foi preciso me afastar do trabalho, me sentia inútil, não conseguia fazer nada sem a ajuda de alguém, foi horrível. A doença nos tira a vontade de viver e quando a família depende de você, aí é pior. Você se sente inútil, um fracassado”* [Part. 15 – urbano, 36 anos].

Face o exposto, Santos (2009) aponta o adoecimento psíquico masculino como um **fracasso social**, considerando que o homem “doente” é excluído da esfera pública e confinado no espaço privado, marcado pela rotina e ociosidade. Podemos ainda acrescentar a essa perda de lugar social de provedor, a impotência sexual decorrente da medicação, resultando numa falência completa dos aspectos mais valorados na constituição masculina. Trata-se de uma impotência “forçada” (Zanello & Bukowitz, 2011) que estagna o louco em um novo lugar social.

Assim, ao se questionar uma prática reificadora no campo da saúde mental, que acaba por coisificar a “doença” e reduzir o sujeito a um corpo biológico (assim como a compreensão prevalente na cultura reduz as diferenças de gênero a mecanismos biológicos e hormonais), a análise das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates, uma vez que destaca aspectos gendrados da experiência do sofrimento psíquico (Zanello & Bukowitz, 2011; Zanello, 2014a).

### *3. Fatores no trabalho que interferem na saúde psíquica*

A prevalência ao TMC também foi associada à **sobrecarga de trabalho**, baixo rendimento no trabalho e poucas atividades físicas e de lazer, como explanado anteriormente. O que corrobora com os estudos de Pinho e Araújo, 2012; Rocha et al. 2012. A literatura tem mostrado que os trabalhadores informais chegam a um percentual de 2,5% a mais se comparados aos trabalhadores com vínculo formal, já que a informalidade está comumente relacionada a piores salários, baixa qualificação, incertezas acerca do mercado de trabalho e sustento da família, dentre outros, assim como com a dissolução de laços familiares e comunitários, ocasionando um desmoronamento do apoio social e do capital social (Andrade et al., 2012). Esses quadros “representam alto custo social e econômico, pois incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde” (Ludermir, 2005, p. 199). Como pode ser verificado na fala dos entrevistados a seguir.

*“já perdi o interesse pelo trabalho devido as condições que é nos dada hoje, trabalho muito e ganho pouco (...) porque trabalho os dois expedientes e quando chego em casa estou exausto, tento descansar (...) Estou dormindo pouco, vou dormir tarde e acordo muito cedo pra ir trabalhar”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

*“trabalho muito, os dois expedientes, tem dias que fico estressado. Eu moro longe, acordo muito cedo e pego dois ônibus pra chegar no trabalho”* [Part. 07 – urbano, 34 anos].

*“caso não trabalhem de acordo com o que a empresa quer, são advertidos, suspensos e até demitidos”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

*“trabalho estressante, corre risco de vida o tempo todo. É uma profissão que exige muito da saúde mental, precisamos ter autocontrole, saber lidar com diferentes situações no dia-a-dia. Não estou satisfeito. Pedi pra mudar de função, estou aguardando ser relocado pra outra função”* [Part. 15 – urbano, 36 anos].

No contexto urbano o elemento que se destaca pelos entrevistados é a sobrecarga de trabalho, relacionada às pressões exercidas nos ambientes de trabalho por parte das chefias e supervisores para atingir metas, o medo da demissão está associada ao

surgimento de sofrimento mental. A persistência dessas tensões no cotidiano pode acarretar diversos fatores disparadores do processo de sofrimento. Durante muito tempo, o trabalho humano não foi pensado como parte do conjunto de aspectos significativos da vida das pessoas, de modo a ser considerado também um fator importante na constituição de sofrimento psíquico.

Ainda hoje, mesmo grande parte dos médicos não costuma se preocupar em saber como seus pacientes trabalham para viver. Muitas vezes, sequer os estudiosos e/ou profissionais do campo da saúde mental se lembram de que os indivíduos têm uma vida “diurna”, que pode compreender um longo período dedicado a uma faina obrigatória e necessária para garantir a própria sobrevivência e/ou a de suas famílias. Entretanto, se tomarmos a clínica psicológica, veremos que grande parte da clientela é formada por indivíduos para quem o trabalho é de algum modo organizador da vida (Vasques-Menezes, 2004). Mesmo assim, é comum manter-se um suposto distanciamento entre trabalho e saúde mental, como se o primeiro não pudesse dizer nada sobre o segundo, como se determinados aspectos objetivos e subjetivos do trabalho não pudessem atuar provocando adoecimento.

É preciso enfatizar até mesmo o fato de que nem sempre o indivíduo identifica seu sofrimento como sendo de ordem psíquica. De acordo com Borsoi (2007) e quando o percebe, muitas vezes não lhe confere a dimensão necessária para buscar ajuda. Por fim, quando o faz, raramente associa seu sofrimento a situações de trabalho, mesmo porque, geralmente, os problemas ditos pessoais ganham o direito de se expressar somente depois da jornada de trabalho.

No entanto, percebe-se no meio rural diante da fala dos entrevistados, que tal contexto apresenta especificidades, os homens associam o sofrimento, identificado pela incidência de TMC à **elevada carga de trabalho na agricultura, ao uso inadequado de**

**agrotóxicos, ao trabalho braçal e temporário/sazonal.** Somam-se a isso, de acordo com os estudos de Pinho e Araújo (2012) e Ludermir (2005) a baixa gratificação e a falta de visibilidade na realização do trabalho na agricultura. Além disso, destacaram alguns fatores de risco associados a esse índice de transtorno, tais como: a baixa escolaridade, falta de emprego e de atividades de lazer etc., ou seja, as condições de vida e o cotidiano dos homens, que será discutido e analisado no decorrer do capítulo na classe temática referente ao cotidiano urbano e rural.

Sobre a elevada sobrecarga de trabalho o participante 02, do contexto rural, com 35 anos de idade, menciona que: *“há uma pressão, grande, grande, dois, três, cinco pessoas em cima de você direto. E quando você não produz o que eles querem, vem outro e faz uma reunião com você, lá no campo mesmo, porque que não tá fazendo isso. Eles quer que a gente faça o que não dê pra fazer, quer que faça”*.

Esse cenário se agrava pela sobrecarga de trabalho no campo que envolve não só atividades no roçado, mas também a criação de pequenos animais, o cultivo de hortaliças, artesanato, além de algumas atividades não agrícolas para a complementação da renda familiar, como pequenos comércios (venda de alimentos industrializados, acessórios, etc.). Outro aspecto que merece ressalva é com relação **ao uso inadequado de agrotóxicos**, o participante 02, com 35 anos de idade, expressa seus sentimentos no discurso abaixo.

*“(...) a gente fica muito tempo exposto ao sol com aquele produto. O produto não fica no solo quando a terra esquenta, o produto retorna, a gente não tem uma proteção ampla (...) faz 4 anos que eu trabalho com herbicida, acho que é devido ao agrotóxico. Eu me sentia muito bem, hoje eu não me sinto bem, como me sentia antes. Pra falar a verdade eu não me sinto bem não. O médico mesmo fala lá quando nós tá fazendo este curso que ninguém é obrigado a trabalhar com isso não”*.

Diante do exposto, no que diz respeito aos impactos do uso de agrotóxicos na saúde mental, Meyer, Resende e Abreu (2007) constataram, em seus estudos com trabalhadores

rurais em Luz, Minas Gerais, a ocorrência de 8,1% de atendimentos por mês de casos de intoxicação por agrotóxicos, sendo dezenove suicídios no período, consistindo em 22,6/100.000 hab./ano. Desses, dezoito eram trabalhadores rurais do sexo masculino. De todos os entrevistados, 98% relataram usar agrotóxicos regularmente, 72% declararam não utilizar equipamento de proteção e 40% afirmaram que tiveram intoxicação. Esses dados apontam que há uma relação entre o uso de agrotóxicos e danos à saúde dos homens.

A agricultura, a qual tem sido um meio de subsistência dos agricultores, transformou-se em uma atividade voltada para a comercialização em larga escala, caracterizando o processo de mecanização da agricultura que, por um lado, aumentou a produtividade, mas, por outro, provocou a exclusão social, o desemprego, migração, danos à saúde e ao meio ambiente, manejo inadequado do solo, impactos do uso de agrotóxicos.

O impacto da mecanização e do implemento de insumos químicos na agricultura familiar, nos últimos quarenta anos, produziram não apenas um incremento da produção agrícola nacional, mas também possibilitaram a emergência de novas formas de organização do trabalho na agricultura familiar, como as parcerias e os arrendamentos (meeiros, etc.) o que, segundo Alessi e Navarro (1997), leva a um novo momento dessa agricultura familiar, marcado pela “extensão da jornada de trabalho, intensificação do seu ritmo, pagamento por produção, decréscimo real do valor dos salários e descumprimento de direitos trabalhistas”. Também leva a um aumento significativo da exposição desses grupos populacionais a diversos agentes químicos perigosos, como os agrotóxicos. Nenhum outro grupo é mais vulnerável aos efeitos nocivos dos agrotóxicos que os trabalhadores da chamada agricultura familiar (Neves, 1995; Guanzirolí, Romeiro, Buanain, Sabato & Bittencourt, 2001).

Outro aspecto observado na fala dos entrevistados é sobre o excedente de mão-de-obra nas grandes monoculturas, sobretudo nas plantações de cana-de-açúcar. Se um

trabalhador empregado desejar evitar sua exposição aos agrotóxicos, isto significa que o mesmo está fora do trabalho e, que existe outra pessoa imediatamente atrás dele na fila, a espera para ingressar naquele mesmo trabalho perigoso. Como pode ser verificado na fala do participante abaixo.

*“a gente que tem filhos, que precisa, tem que trabalhar. Mais não é fácil não, não é fácil não (...) o médico mesmo fala lá quando nós tá fazendo este curso que ninguém é obrigado a trabalhar com isso não...tá realmente ninguém é obrigado, mais é necessitado você fazer aquilo, porque você vai fazer o quê? Se você precisa, tem que se virar, você tem família”* [Part. 02 – rural, 35 anos].

Uma das causas para o afastamento do trabalho na agricultura, bem como do surgimento de sentimentos de inutilidade por depender dos cuidados de familiares, é o surgimento de doenças. O homem do campo tem sua identidade muito ligada ao trabalho na agricultura, exercendo um papel ativo diante da família e da comunidade, porém, quando não se pode mais exercê-lo, ocorre uma reconfiguração do seu papel, o qual é engendrado por representações negativas, uma vez que a doença, a fraqueza, a incapacidade são aspectos associados ao feminino, tendo em vista que os cuidados com o corpo são delegados à mulher (Nardi, 1998).

Faz-se necessário destacar que os entrevistados alegaram que as atividades que realizam no plantio de cana-de-açúcar são **trabalhos sazonais**, trabalham de seis meses a um ano e, no ano seguinte, correm o risco de ficarem desempregados, vivendo de “bicos” para sobreviver. Como observado na fala do participante 02: *“aqui é assim, você trabalha um ano e passa outro ano em casa”*.

A instabilidade do vínculo de trabalho, os baixos salários, a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista também são, provavelmente, responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e da depressão entre trabalhadores informais (Ludermir & Melo-filho, 2002). A desvalorização social causada pelo desemprego pode

comprometer o bem-estar psicológico. Os trabalhadores manuais, informalmente inseridos no processo produtivo ou desempregados, foram os que apresentaram as maiores prevalências de TMC.

A busca pela garantia do superávit nas trocas comerciais acaba por determinar o estímulo à produção de grandes monoculturas exportadoras, como a soja, o milho e o algodão. Por outro lado, a necessidade de garantir, no mercado internacional, a supremacia tecnológica sobre a produção de álcool combustível acaba por determinar o aumento da produção e das áreas disponíveis à cultura de cana-de-açúcar em diversas regiões do país.

A principal consequência desse processo é o predomínio, no país, das grandes cadeias de monoculturas exportadoras e do uso de áreas naturais para esses cultivos, levando à concentração de terra e expondo uma gama de trabalhadores a inúmeros riscos, caracterizando um importante quadro de vulnerabilidade social e ambiental no meio rural brasileiro (Peres, 2009).

Se, muitas vezes, não se encontra respaldo suficiente para que determinados processos de adoecimento entre trabalhadores sejam qualificados como relacionados ao trabalho, no campo da saúde/saúde mental a dificuldade se torna ainda maior, na medida em que não está dado esse caráter palpável, encontrado nos problemas que atingem diretamente o corpo. Isso porque, entre outras coisas, “não é possível quantificar a vivência, que é em primeiro lugar qualitativa” (Dejours, 1994, p. 22).

#### *4. Cotidiano urbano e rural*

A literatura aproxima a prevalência de transtornos mentais comuns a condições socioeconômicas de determinados grupos humanos (Vidal et al., 2014; Aquino, Nicolau & Pinheiro, 2011).

Ao analisar a situação de saúde de uma determinada população, é possível notar múltiplos processos determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença e se expressam no modo de vida da sociedade em geral, dos grupos sociais e de cada indivíduo. No caso do contexto rural nordestino, especificamente no semiárido, esses determinantes sociais vão se configurar de forma diferente, haja vista que o processo saúde-doença é perpassado por questões desiguais no acesso à terra, à água e às políticas públicas, impactos ambientais e mudanças climáticas extremas que contribuem para o aumento da vulnerabilidade social e da desigualdade em saúde, o que, conseqüentemente, interfere nos processos saudáveis de vida e contribui para o desenvolvimento do adoecimento da população rural.

O espaço rural tem passado recentemente por um conjunto de mudanças com significativo impacto sobre suas funções e conteúdo social, o que tem levado ao surgimento de uma série de estudos e pesquisas sobre o tema em vários países, sobretudo nos países desenvolvidos, onde esse processo apresenta maior importância (Marques, 2002).

Além disso, nos principais centros urbanos do país vive-se uma situação de crise, marcada por um forte aumento da violência e do desemprego, além das péssimas condições de saúde, educação e habitação enfrentadas por grande parte de seus moradores. O intenso processo de êxodo rural verificado na segunda metade do século XX, responsável pelo alto grau de urbanização alcançado por nossa população, encontra-se hoje em fase de desaceleração, tornando-se cada vez mais significativa a migração entre pequenos municípios rurais e o movimento cidade-campo.

Segundo Veiga (2002), o rural é necessariamente territorial e não setorial como costumam considerar muitos programas governamentais. As relações urbano/rural não mais corresponderiam à “antiquada dicotomia” entre cidade e campo, tendo esta sido

substituída por uma geometria variável, na qual passaram a ser cada vez mais cruciais as aglomerações e as microrregiões. Assim, é preciso considerar a relação entre espaços mais urbanizados e espaços onde os ecossistemas permanecem *menos artificializados*, ou seja, espaços rurais, para a definição de uma estratégia realista de desenvolvimento baseada numa articulação horizontal de intervenções (Veiga, 2002, p. 37-38 e 49).

Alguns autores (Almedom, 2005; Evans, 2003; D.L. Fone & Dunstan, 2006; Miles, Coutts & Mohamadi, 2012; Sundquist & Ahlen, 2006; Todman et al., 2013) afirmam que para se atingir uma melhor saúde mental terão de ser introduzidas melhorias nas condições de vida, nomeadamente características do **ambiente físico** e construído, **socioeconômico** e de interação social e cultural em que os indivíduos se inserem.

O espaço é uma dimensão importante para a saúde mental dos indivíduos e das comunidades (Curtis, 2010). O ambiente físico e construído que nos envolve pode afetar a nossa saúde e bem-estar mental, tendo, por vezes, a capacidade de nos fazer bem ou, por outro lado, de nos deixar “deprimidos” ou “claustrofóbicos” (Burton, 2015). Neste sentido, o ambiente físico e construído pode atuar sobre os comportamentos e percepções do indivíduo influenciando, por exemplo, a prática de atividade física, a interação social, o contato com a natureza, a acessibilidade e mobilidade, o sentimento de pertença e a segurança (Brown, Learmonth & Mackereth, 2015; Burton, 2015).

A literatura tem sugerido que piores resultados em saúde mental estão relacionados com: habitação sobrelotada, com pouca entrada de luz natural, fraco isolamento térmico e acústico, inestética do espaço construído (Barahmand et al., 2013; Bond et al., 2012; Drukker & van Os, 2003); elevadas taxas de crime, percepção de insegurança e crime (Cromley et al., 2012; Gary et al., 2007; Sheppard et al., 2012; Whitley & Prince, 2005; Wilson-Genderson & Pruchno, 2013); inexistência visual de espaços verde (Annerstedt et al., 2002; Sugiyama, Leslie, Giles-Corti & Owen, 2008); acesso inadequado a

infraestruturas e serviços (Gary et al., 2007; Guite et al., 2006); densidade residencial e populacional muito elevadas (Peen et al., 2007; Walters et al., 2004); elevados níveis de ruído (Guite et al., 2006) e baixa pedonalidade da área de residência/trabalho (Berke et al., 2007).

A relação entre as características **socioeconômicas** do contexto de vida do indivíduo e os seus resultados em saúde mental tem suscitado inúmeras investigações. A literatura evidencia piores resultados em saúde e bem-estar mental associados a características sociais e econômicas, com destaque para áreas de residências com: baixos rendimentos (Fone, Dunstan, John & Lloyd, 2007; Fukuda & Hiyoshi, 2012; Orpana, Lemyre & Gravel, 2009; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Sundquist & Ahlen, 2006; Zhang, Ho & Woo, 2005), com níveis elevados de desemprego ou muito baixa atividade econômica (Artazcoz, Benach, Borrel & Cortès, 2004; Breslin & Mustard, 2003; Comino et al., 2003; Córdoba-Doña, San Sebastián, Escolar-Pujolar, Martínez-Faure & Gustafsson, 2014; D.Fone, Dunstan, Williams, et al., 2007; Fone & Dunstan, 2006; Fukuda & Hiyoshi, 2012; Roberts et al., 2010; Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2007), onde reside população sem capacidade econômica que lhes permita acesso adequado a uma alimentação saudável (Cannuscio, Weiss & Asch, 2010; Yang & Matthews, 2010).

Considerando a multidimensionalidade destes conceitos, alguns estudos utilizam medidas compósitas de estatuto socioeconômico (Pringle, Cook, Poole & Moore, 2000). Estas medidas agregam um conjunto muito diverso de variáveis: emprego/desemprego, escolaridade, ocupação profissional, estado civil, tipologia da família, participação cívica, acessibilidade geográfica a serviços, acesso a meios de transporte e características da habitação e da alimentação. Neste sentido, pior saúde mental está associada a ambientes com baixo estatuto socioeconômico (Barahmand et al., 2013; Huure, Rahkonen, Komulainen & Aro, 2005; Lorant et al., 2007; Murata, Kondo, Hirai, Ichida & Ojima,

2008; Myer, Stein, Grimsrud, Seedat & Williams, 2008), de pobreza (Cromley et al., 2012; Kubzansky et al., 2005; Ludwig et al., 2012; Ostir, Eschbach, Markides & Goodwin, 2003) e de privação socioeconômica (Drukker & van Os, 2003; D.L. Fone & Dunstan, 2006; Santana et al., 2015; SkapinaKis et al., 2005; Walters et al., 2004).

Os participantes do contexto urbano expressam com mais frequência os aspectos relacionados à má qualidade ambiental, ao acesso a infraestruturas e serviços (ausência de espaços verdes), ao desenho do espaço urbano, à segurança, manutenção do espaço público (sinais de vandalismo, presença de grafitis não autorizados). Como pode ser observado na fala dos participantes abaixo.

*“a insegurança nas cidades está cada vez pior. Não me sinto seguro, tenho medo de sair pra me divertir, não tenho lazer. A nossa cidade tá precisando de espaços de lazer, de recreação para a população, espaços arborizados, parques, para que possamos ter momento de lazer e diversão com a família”* [Part. 08 – urbano, 39 anos].

*“sinto falta de espaços arborizados, aqui na cidade, isso melhora a qualidade do ar e a nossa qualidade de vida. A cidade, o espaço urbano deveria ser melhor projetado para ter ciclovias, a configuração das ruas não ajuda os ciclistas, os congestionamentos, o aumento do número de carros nas ruas só aumentam”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

O surgimento de muitas doenças mentais está relacionado com os lugares e ambientes em que as pessoas vivem e com as fases do seu ciclo de vida (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Por isso, relacionado com características de urbanidade e de ruralidade.

De fato, existem características diferenciadoras que opõem espaço rural e urbano, nomeadamente de cariz econômico, organizacional, infraestrutural e, principalmente, de ações interpessoais. Por um lado, o espaço urbano é percebido como lugar de oportunidades, empreendedorismo, inovação, gerando, potencialmente, maior produtividade, crescimento e bem-estar (Santana, 2009). Em sentido oposto, o espaço rural está associado ao isolamento, à natureza, ao bucólico e à pobreza (Silva & Figueiredo, 2013) e menor acesso a bens e serviços de natureza pública e privada.

Áreas monofuncionais, de concentrações residenciais (sem oferta de equipamentos serviços: uso misto), nomeadamente com desenho urbano baseado em blocos de apartamentos e/ou casas geminadas, são ambientes, potencialmente, negativos para a saúde mental (Burton, 2015). Destaque para o aumento de tensões e conflitos entre vizinhos, distância a espaços verdes públicos (de lazer e recreação), autodependência dos residentes (pela baixa oferta de transporte público em áreas de baixa densidade) e, conseqüente, aumento dos níveis de ruído.

A **Falta de perspectiva e quebra de expectativas** foi outro aspecto citado pelos entrevistados do contexto urbano.

*“atualmente não vejo perspectiva de melhora, de crescimento profissional, mercado tá parado. Trabalho com vendas de carros, e caiu muito. Não estou vendendo nada (...) minha vida profissional tem me preocupado, o Brasil nessa crise financeira e política, não temos certeza que as coisas vão melhorar, ficamos na expectativa de dias melhores, futuro incerto”* [Part. 06 – urbano, 51 anos].

*“autoestima baixa, pois não ver perspectiva de crescimento profissional e não consegue um emprego melhor”* [Part. 10 – urbano, 24 anos].

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) destaca a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. Tem sido verificada forte associação dos transtornos mentais com eventos vitais produtores de estresse como a falta de apoio social, tempo para o lazer e com variáveis relativas ao gênero, **perspectivas de futuro**, condições de vida e trabalho tais como: pouca escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho. Os transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e capacidade produtiva, interferindo na qualidade de vida das pessoas. Além disso, têm efeitos intergeracionais que perpetuam o ciclo de pobreza, o isolamento e a falta de mobilidade social.

Os processos de **urbanização** rápida e global produzem impactos negativos na saúde e bem-estar da população, gerando desigualdades e iniquidades (Santana, 2005). A urbanização traz a redução de espaços arborizados, de lazer e recreação e acesso restrito à natureza. Bem como a quebra de expectativas e falta de perspectiva de crescimento profissional e melhora nas condições de vida e trabalho.

Assim, estudos ecológicos, que pretendam avaliar a associação entre resultados em saúde mental e determinantes contextuais, devem levar em consideração a produção do espaço a estudar e as suas características intrínsecas (diversidade e evolução demográfica, social e contextual). Neste sentido, também os processos de tomada de decisão e as intervenções no território (ações/medidas/políticas relativas ao planejamento urbano, distribuição de redes de infraestruturas de serviços, por exemplo) deverão considerar as dinâmicas demográficas e sociais, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos espaços, para que se atinjam ganhos em saúde (Barton et al., 2003; Croucher et al., 2012; Sarkar et al., 2014). Por fim, o desenho urbano, tendo em conta o conhecimento dos determinantes contextuais da saúde, assume na atualidade ou mais adiante, um papel crucial nas estratégias e políticas de mitigação da doença mental e na promoção da saúde das populações.

Um pressuposto importante é entender o campo como um lugar de vida, mais do que um espaço de produção, inclusive em um processo constante de interação com o meio urbano (Sauer, 2010). Neste sentido, **ruralidade** – e o rural como um construto e categoria social – deve ser pensada como “um processo dinâmico de constante reestruturação dos elementos da cultura local a partir da incorporação de novos valores, hábitos e técnicas” (Carneiro, 1997).

As desigualdades em saúde observadas no meio rural são de causalidade complexa e articulam diferentes níveis de determinação que são indissociáveis: uma dimensão

macroestrutural relativa ao capitalismo e à produção do espaço rural, bem como da pobreza e das desigualdades sociais; ao modo como vem se dando a formação social do campo e, conseqüentemente, como as políticas públicas e de reforma agrária no país vêm sendo implementadas, o que determina as condições de vida no meio rural em termos de educação, saúde, trabalho, renda e infraestrutura. Outra dimensão não menos importante é a que articula aspectos simbólicos, culturais, valores, crenças, e se refere aos modos de vida e produção subjetiva, isto é, às formas de sociabilidade e convivência, de organização comunitária e política, às bases de apoio social, bem como às concepções e práticas de cuidado em saúde, às condicionalidades de gênero, raça e geração (Dimenstein et al., 2016).

Ao analisar os espaços do rural ou as ruralidades brasileiras, observam-se diferenças marcantes em cada região do País, o que torna cada vez mais complexa a caracterização do modo de vida no contexto rural, não podendo ser reduzida pela dicotomia da polarização e do contraste entre o rural (velho, rudimentar, bucólico) e o urbano (novo, industrial, moderno). Segundo Silva (2007), “[...] as cidades não podem mais ser identificadas apenas com a atividade rural, nem os campos com a agricultura e a pecuária” (p.1), embora algumas regiões ainda sejam tipicamente caracterizadas dessa forma.

Para compreender o espaço social em que a vida cotidiana acontece, é necessário o suporte da dialética nas relações do mundo subjetivo e do mundo objetivo, do real e do simbólico, do rural tradicional e do rural moderno, enfim, das mudanças que ocorreram e o surgimento das diversidades rurais, que desde os anos de 1990, com o avanço do capitalismo, a industrialização da agricultura e a permanência dos movimentos sociais na luta pela inclusão social e pelo desenvolvimento rural favoreceram o surgimento e a vivência de novas ruralidades (Silva, 2007; Wanderley, 2000). Entre as novas ruralidades

do sertão nordestino, encontramos configurações que têm como objetivo o desenvolvimento rural, o fortalecimento da agricultura familiar e a pluriatividade das famílias rurais, em que as famílias exercem, além das atividades agrícolas, ocupações diversificadas e não agrícolas para complementação de renda.

Faz-se necessário enfatizar que o **espaço rural também traz saúde mental e qualidade de vida** aos participantes deste contexto, devido a proximidade com a natureza. Os homens apontam que o contato com a natureza traz benefícios para sua saúde física e psicológica. “(...) *o contato com a natureza me faz muito bem, me dar uma sensação de liberdade, de paz, eu gosto demais de mexer com a terra. O que prejudica é o estresse do dia-a-dia, o trabalho estressante, prejudica a saúde*” [Part. 03 – rural, 44 anos]. Um aspecto importante a ser destacado para entender a saúde é a relação direta entre o participante e o meio ambiente. O que corrobora com os achados de Scopinho (2010, p. 1577) “um ambiente saudável depende diretamente da relação que o homem estabelece com a natureza através do trabalho, que na agricultura envolve a preservação da vida nos rios, nas matas e no ar”. Atualmente, com a intervenção dos movimentos sociais, governamentais e não governamentais, fala-se na perspectiva de estratégias de convivência com o semiárido.

Contudo, percebe-se que alguns espaços rurais podem apresentar dinâmicas com impactos positivos nos resultados em saúde mental, de que são exemplo de redes sociais mais fortes, um maior sentimento de pertença, espírito de comunidade e de interajuda. Estas características são motivadas pela igualdade de estatuto socioeconômico dos habitantes e um maior foco na família e na comunidade (Scott, Ciarrochi & Deane, 2003). Adicionalmente, a proximidade com a natureza e a ligação à atividade agrícola desencadeiam, por um lado, sentimentos de liberdade e de comunhão com o meio natural e, por outro lado, possibilitam a produção de alimentos (por exemplo, frutas e legumes)

para consumo próprio, fatores que estão, potencialmente, associados a melhores resultados em saúde mental.

Destarte, o conceito de Qualidade de Vida é fundamental na perspectiva da promoção da saúde, porquanto favorece melhores condições de vida aos sujeitos e suas relações sociais e, conseqüentemente, também favorece a saúde. Minayo (2002) define qualidade de vida “[...] como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover saúde” (p. 174). Tavares, Zacan, Carvalho e Rocha (2011) acrescentam que a qualidade de vida é o desenvolvimento do empoderamento e da autonomia que os sujeitos e os grupos sociais têm com relação aos seus processos de saúde-doença, de modo a intervir sobre a realidade social, influenciando decisões políticas e ensejando modificações nos determinantes sociais da saúde.

Por outro lado, no contexto rural os entrevistados apontam para a **falta de trabalho e lazer**. Como aponta Santana (2014) que destaca um aspecto importante da relação contexto-saúde mental que diz respeito ao fato de que características dos contextos podem facilitar ou inibir comportamentos, práticas, estilo de vida, promotores de saúde e bem-estar, como a circulação em espaços públicos, atividade física, alimentação saudável, entre outros.

#### *6.4 Classe Temática III - Profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino*

No que concerne à vulnerabilidade no plano programático, evidencia-se a possibilidade de as instituições e redes de proteção, influenciarem a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo. Nas palavras de Ayres et al. (2009):

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação etc. estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (p. 397).

Face o exposto, vale considerar se essas instituições estão acessíveis a determinados grupos, à natureza e qualidade do trabalho de cada uma e ao processo no qual é definido, implementado e avaliado o trabalho por elas desenvolvido.

A crítica se amplia quando o foco é a **inexistência de programas voltados para a saúde masculina**, convivendo com a ideia de que a atenção primária não oferece profissionais que componham a assistência à saúde do homem, principalmente urologistas, como foi bem enfatizado pelos entrevistados do contexto rural.

Os desempenhos dos profissionais, liderados pelos médicos, são bastante centrados em uma cultura tecnologicamente armada, paradoxalmente com pouca valorização da prevenção ou da promoção da saúde, como se vê na atenção primária de modo geral (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996). Há pouca exploração dos contextos de vida dos homens ou das mulheres, mas as mulheres são abordadas mais detalhadamente, ainda que na tradição disciplinadora do corpo feminino – contracepção, planejamento familiar ou controle dos cânceres ginecológicos. Já as consultas com homens são diretas sobre as queixas e patologias. Como pode ser observado na fala dos participantes: *“filas enormes, demora e mau atendimento, não escuta o paciente pra saber com detalhes o que a pessoa sente”* [Part. 01 – urbano, 28 anos]. *“(...) falta médicos e até remédios. Tem que ter muita paciência e tempo livre. Se eu pudesse pagava particular”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

Contudo, a saúde e a doença são manifestações da vida que se dão a partir de experiências singulares e subjetivas; o doente, por meio das palavras, explica seu mal-estar e o médico trata de dar significação ao adoecimento do doente. Aqui a questão principal “situa-se entre a subjetividade das experiências da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com a semelhante vivência” (Czeresnia, 2009, p. 46). Para pensar a saúde nos dias atuais, é preciso propor conceitos e modelos que construam discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com diversas áreas do conhecimento.

### *1. Ações de promoção e educação voltadas para a saúde do homem*

Outro aspecto colocado pelos homens de ambos os contextos estudados, foi com relação às atividades existentes e direcionadas aos homens que são geralmente voltadas para ações assistenciais ou atividades pontuais, como a realização da “Semana do

Homem”, não contemplando, assim, as diretrizes propostas na PNAISH. Neste sentido, a ausência dos homens nas UBS pode ser explicada em virtude destas não disponibilizarem atividades ou programas direcionados especificamente para este público.

Diante disso, é importante que **ações em saúde preservem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens** no país, sem discriminação. Assim sendo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem esclarece o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde.

De acordo com as entrevistas e as observações dos participantes no contexto da pesquisa, no **meio rural não existem ações específicas para o cuidado dos homens**. Como mencionado na fala do participante. *“Não é muito divulgada a saúde masculina. No mês de novembro falou um pouco sobre saúde do homem, mas depois para, esquecem, não se fala mais”*. Há, no que tange a isso, uma questão controversa que permeou as entrevistas com a maioria dos respondentes: a proposta, já desenvolvida em outras unidades de saúde, de um dia específico para o atendimento às demandas masculinas.

Há, portanto, elementos que tornam as populações rurais vulneráveis, seja do ponto de vista individual, coletivo, psicossocial, seja programático ou operacional (conjunto de políticas, serviços e ações), vulnerabilidade que é função de relações sociais desiguais, indicando a necessidade de políticas e de práticas que levem em consideração essas condições, que busquem o enfrentamento dessas discriminações históricas e alteração das iniquidades. O meio rural é um espaço heterogêneo e singular, não passível de uniformização quando se trata de aspectos culturais e dos modos de vida da população.

A Geografia da Saúde e dos Cuidados em Saúde (Santana, 2014; Remoaldo & Nogueira, 2012; Nogueira, 2008), adotando o território como componente fundamental da

disciplina, vem sinalizar as variações em saúde, os padrões de difusão espacial das enfermidades, bem como o acesso e forma de utilização dos serviços de saúde, enquanto elementos diretamente associados às características do espaço. As autoras ressaltam que os perfis de saúde das populações dependem, em grande parte, do território em que vivem, ou seja, que a saúde é influenciada pelos atributos do contexto, decorrente do seu ambiente físico, social, econômico, cultural e histórico (qualidade do ambiente físico, estética, organização e coesão social, segurança etc.). Por fim, chamam atenção que “os resultados em saúde dependem não só de quem se é, mas também do lugar onde se vive” (Remoaldo & Nogueira, 2012, p. 21). Dessa forma, cada lugar é uma síntese de múltiplos fatores inter-relacionados, os quais irão determinar seu potencial de criar e perpetuar iniquidades sociais e em saúde ou, ao contrário, de serem espaços de oportunidade para a saúde se efetuar em suas mais amplas acepções e de maneira singular.

De maneira geral, em ambos os contextos do presente estudo, os homens ressaltam a importância de um atendimento humanizado, com uma equipe de profissionais mais humanizados e sensibilizados ao sofrimento masculino. Sobretudo, **investir em ações de promoção e educação voltadas para a saúde do homem**. Como pode ser observado nas falas abaixo.

*“tinha que ser muito mais humanizado, se preocupar mais com a pessoa. Porque os homens em geral quando procura atendimento médico, porque tá debilitado, fragilizado. Os profissionais tinham que ser mais humanos, se importar mais com as pessoas”* [Part. 03 – rural, 44 anos].

*“percebo que falta mais ações voltadas pra saúde do homem, divulgar mais. Os próprios profissionais precisam estar preparados para atender esse público masculino e atender de forma mais humanizada, se qualificar, há uma necessidade de profissionais mais comprometidos (...) eu percebo isso”* [Part. 11 – urbano, 32 anos].

Por meio de sua prática, o profissional de saúde/saúde mental deve valorizar ações que possibilitam uma maior apropriação, pelo sujeito, de sua história, de sua experiência

de adoecimento e das maneiras que construiu para lidar com ela. Encarar de modo positivo as formas individuais e criativas de lidar com o sofrimento e seus fenômenos é uma mudança de perspectiva essencial na direção do tratamento, sobretudo mais humanizado.

Dessa forma, torna-se imprescindível o investimento na contínua formação dos profissionais que fazem parte da rede de cuidados em saúde, a partir dos princípios da educação permanente, incorporando criativamente os avanços técnico-científicos e outras formas de conhecimento às bases teóricas já existentes, problematizando as demandas sociais emergentes e considerando aspectos estruturais dos serviços (Costa et al., 2013). Souza e Ronzani (2012) enfatizam que a formação do profissional da saúde ainda é bastante deficitária quanto às demandas relacionadas à saúde mental.

Por tudo isso, as políticas de saúde requerem uma atenção diferenciada, principalmente no que diz respeito à formulação e à estruturação de serviços de saúde, que devem oferecer cuidado integral aos cidadãos. O estabelecimento do SUS, no Brasil, a partir de 1988, garantiu em termos legais o acesso universal, igualitário e integral a serviços e ações de saúde. Para tanto, as equipes que operam na atenção primária se deparam com uma série de desafios, pois é fundamental dispor de um amplo conhecimento da cultura, das necessidades e preferências de saúde da população.

No caso específico das políticas públicas de saúde mental, Alves e Francisco (2009) referem que a abordagem psicossocial, especificamente na área da saúde mental, possibilita “[...] articular ciência, práticas clínicas e sociopolíticas, compreendendo os atores em seu cotidiano, o que envolve as dimensões psíquicas, sociais e culturais através das quais os protagonistas, individual e coletivamente, se posicionam” (p. 773).

Acende a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na

gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.

Adotar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento psíquico, com destaque para os transtornos mentais comuns caracteriza-se por uma determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas relações de gênero. Essa diferenciação, porém, não é reconhecida nos serviços de saúde, não se expressam nos diagnósticos formulados e a maioria dos profissionais não presta acolhimento adequado aos portadores de sofrimento mental. O TMC caracteriza-se, por um conjunto de sinais e sintomas que, apesar de não específicos, tendem a aparecer frequentemente nas populações. Em virtude da natureza social e psicológica do problema, a presente tese veio a afirmar que o contexto urbano – em virtude dos impactos causados na saúde física e psíquica dos homens não podem ser compreendidos separados do contexto social, cultural, histórico e político; da inter-relação do homem com o ambiente, em que processos humanos modificam o ecossistema; e a dimensão psicológica, tendo em vista que são pressupostos que servem de fundamento para a vida das pessoas, incluindo sua fala, seus sentimentos, seus desejos e sofrimentos, sua prática, enfim, sua forma de ser e viver no mundo, bem como em razão das carências estruturais e econômicas, das deficiências no cuidado e na oferta e utilização dos serviços de saúde – apresenta-se como um cenário que contribui para o surgimento deste transtorno e para situações de vulnerabilidades (individuais, sociais e programáticas) entre a população masculina.

A saúde e a doença são processos inerentes à vida e, assim, são condicionados pelos modos de vida, condições e estilos de vida entre os sujeitos e seu contexto social. A maneira como os homens lidam com os fatores estressores também pode ser uma das explicações para o resultado obtido no presente estudo.

Inicialmente, ao buscar responder ao questionamento: Qual a prevalência de TMC entre os homens residentes do contexto urbano e rural na Paraíba?, o estudo I, de caráter quantitativo, constatou uma alta prevalência de TMC na população urbana. Associando o aparecimento deste transtorno nos homens investigados – na faixa etária de 30 a 49 anos, fatores socioeconômicos, como escolaridade de nível superior, renda entre 01 e 02 salários mínimos, bem como elementos relacionados às relações de gênero, aos eventos estressores do cotidiano ligados aos cuidados com a família, problemas financeiros, violência urbana, assaltos, roubos, sobrecarga de trabalho, entre outros.

Contudo, por entender o sofrimento masculino como um fenômeno social, construído nas relações, para além de uma investigação objetiva e sintomática, além disso, os sintomas são formas expressivas que refletem os mundos locais de sentido destaca, nesta direção, a necessidade de se passar da pergunta “qual a causa do sintoma?” para refletir “qual o sentido de estar com tal sintoma?”. Portanto, a presente tese, procurou verificar e analisar – a partir do discurso das experiências vividas – a forma e as repercussões trazidas pelos homens com relação ao seu sofrimento psíquico, seus modos de vida, suas vivências e como estes aspectos contribuem para a vulnerabilidade masculina ao TMC no contexto urbano e rural. Sendo assim, procurou-se responder às seguintes questões: a) Quais os principais elementos de vulnerabilidades (individual, social e programática) ao TMC apresentados pelos homens? b) Como os homens que sofrem com TMC vivenciam estas condições? c) Quais recursos os homens do contexto urbano e rural possuem e utilizam para enfrentar estas condições? Neste sentido, o estudo II, de caráter qualitativo, buscou identificar e aprofundar a discussão de tais questões ao apresentar, através dos relatos dos participantes, algumas vivências que contribuem para o sofrimento masculino nos contextos em estudo.

Em síntese, observou-se que o sofrimento pelo TMC apresentado pelos homens investigados, reflete no contexto rural pelas precárias condições de vida e trabalho, baixa escolaridade, desemprego, difícil condição socioeconômica, banalização e naturalização do seu sofrimento, psicologia arraigada à doença mental, poucos recursos nos cuidados em saúde mental, a introjeção de papéis tradicionais como o de provedor da família, do lar; refletiram a história de vida dos participantes e sinalizaram para os principais elementos de vulnerabilidade masculina ao TMC no contexto rural.

Já no contexto urbano, observou-se que o sofrimento pelo TMC apresentado pelos homens investigados, reflete uma baixa autoestima, renda familiar baixa, sobrecarga de trabalho, a necessidade de um equilíbrio emocional, medo do desemprego, preocupações com a insegurança econômica e as dívidas (dificuldades financeiras), violência urbana (assaltos, roubos, brigas de trânsito); isolamento social. A maneira como uma pessoa vivencia o estresse e os recursos que ela emprega para lidar com ele, está, entre outros fatores, na base do desenvolvimento de adoecimento. As estratégias utilizadas apresentam variações de acordo com o contexto cultural e são ativadas na medida em que o estressor atua desfavoravelmente sobre o bem-estar subjetivo da pessoa.

Com relação à escolaridade, verificou-se que os homens com ensino superior apresentaram maior sofrimento psíquico, apresentando maior prevalência de TMC, podendo essa questão estar relacionada a quebra de expectativas e as exigências do atual mercado de trabalho, sendo este mais rígido e seletivo, bem como a exigência de profissionais mais qualificados. Um fator elencado pelos homens que interfere no bem-estar com sofrimento psíquico, trata que mesmo possuindo curso superior, sentem dificuldades para a inserção no mercado de trabalho, bem como o acesso a melhores empregos, impactando no aumento das barreiras de acesso a trabalhos formais e, dessa forma, contribuindo para a insatisfação com a vida. Esse resultado corrobora com os

encontrados por Ludermir e Melo-Filho (2002) e Marín-León et al. (2007) que identificaram uma associação inversa entre anos de estudo e saúde mental. Segundo os autores, o nível de escolaridade qualifica os indivíduos para certas ocupações e interfere em suas condições socioeconômicas futuras e inserção na estrutura ocupacional. O nível de escolaridade, a inserção produtiva e a renda representam a situação atual e podem variar ao longo da vida. Esses aspectos expressam desigualdades de classe e, de maneiras diferentes, são determinantes da saúde mental (Ludermir, 2008).

O mercado altamente competitivo exige cada vez mais um elevado nível de escolaridade, habilidades e competências. A responsabilidade por desenvolver as competências que possibilitarão atender a esse mercado de trabalho, que não mais depende de ter somente o diploma, tem ficado a cargo do indivíduo, que é visto como responsável tanto por seu sucesso quanto por seu fracasso. No caso dos participantes, a conquista de uma ascensão profissional, tendo em vista que já possuem um trabalho, pode gerar insegurança pelo reconhecimento de que as oportunidades são limitadas, bem como pelo medo de investir em uma tarefa na qual não sabe se terá sucesso.

Em relação a presença de dispositivo em suporte social no contexto rural os homens não buscam ajuda para o seu sofrimento, alegando que psicólogo é “médico de doido”, há um preconceito e estigma com relação ao tratamento psicológico. Observou-se que os homens residentes em cidades rurais a saúde mental é impactada negativamente, prejudicando a autoestima, na autoconfiança e reduzir a motivação e interferir no ambiente familiar. Alguns entrevistados relataram que não consideram um problema o que estão vivenciando, embora tenham apresentado indicativo de TMC. Os mesmos justificam que o que sentem não atrapalha a vida, compreendem que o sofrimento é natural, faz parte da vida, portanto não pode ser considerado um problema.

No meio rural, o foco da atenção em saúde ainda acontece de maneira individualizada e centrado no saber biomédico, inclusive os baixos investimentos financeiros e estruturais nos serviços de saúde, estando à população a mercê da vontade política. Persiste a escassez de médicos, falta de medicamentos, o que ferem os direitos e princípios propostos pelo SUS, levando as populações rurais a continuar dependendo dos favores da estrutura local político-assistencialista. Já no contexto urbano a busca por atendimento psicológico se faz de forma espontânea, os homens buscam tratamento psicológico, espontaneamente, ou através da indicação de amigos e parentes.

Ao que tange os cuidados em saúde os homens do contexto rural utilizam mais os serviços públicos, em especial a ESF e o hospital público, em busca de pronto-atendimento, sendo o cuidado com a saúde mais curativo do que preventivo. Por outro lado, no contexto urbano, verificou-se a maior procura por clínicas particulares como prevenção na saúde masculina. Se antes o médico só era procurado em situações de extrema gravidade, hoje a visita ao médico se impõe como medida de prevenção.

Constatou-se também no contexto urbano a presença dos homens no cuidado com os filhos, familiares e esposas. Verificou-se o surgimento de um “novo homem”, mais preocupado com a educação dos filhos, na divisão de tarefas com as mulheres, em alguns afazeres domésticos, nos cuidados com os filhos, na paternidade, em que os homens procuram apoiar as companheiras durante a gravidez, pré-natal e parto.

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na ESF. Os homens estão mais vulneráveis a problemas de saúde, em virtude da sua baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária. Diante disto, a PNAISH orientou a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e à promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais.

As ações preventivas são dirigidas quase exclusivamente às mulheres, restringindo-se a assistência aos homens à dimensão curativa da atenção. Isso reitera a relevância de se pensar, nas práticas de saúde no campo da atenção à saúde, em uma multiplicidade de masculinidades possíveis, considerando o caráter histórico da produção de subjetividades.

Ao procurar contribuir com o debate acerca do sofrimento psíquico masculino, se os resultados aqui encontrados, inicialmente, não se apresentam enquanto algo novo, nos estudos sobre o fenômeno, no panorama geral, permitem vislumbrar a importância de reconhecer o sofrimento pelo TMC enquanto uma questão de saúde pública no contexto urbano e rural, ainda pouco explorado nos estudos referentes a saúde mental e gênero. O cuidado em saúde mental é uma problemática complexa, multideterminada, ancorada em uma diversidade de aportes teórico-metodológicos e implica posicionamentos ético-políticos. Os contextos rurais constituem territórios singulares que devem ser a base de sustentação das estratégias de cuidado desenvolvidas com essa população. Assim, ao procurar enfatizar esta problemática enquanto uma questão de direitos dos cidadãos, tendo por fundamento o que propõe a Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta, os resultados aqui expostos também apontam para a implementação de ações de intervenção que levem em consideração as diferenças territoriais, uma vez que as populações rurais estão mais vulneráveis e limitadas em termos de políticas assistenciais e de cuidado, pois encontram-se em maiores situações de iniquidades sociais e vulnerabilidade em saúde.

Todavia, no contexto urbano os homens estão expostos a vários estressores no seu cotidiano, a saber: a violência urbana, a sobrecarga de trabalho, a falta de vitalidade física, as dificuldades financeiras, a baixa autoestima, falta de perspectiva e quebra de expectativas, insegurança, problemas relacionais/afetivos, sentimentos de inutilidade, tristeza e frustração são mais presentes no âmbito urbano e a procura por um lugar que

oferte consolo para as angústias e conforto para enfrentar os sofrimentos se tornou mais frequente. Ademais, as condições de saúde têm sido agravadas pela precarização do trabalho, gerando uma mudança no perfil epidemiológico de adoecimento. Como afirma os estudos de Silva et al. (2005), ressaltando que as doenças relacionadas ao trabalho aumentaram consideravelmente, dentre elas se encontram os transtornos mentais comuns.

O estudo do sofrimento masculino pelo TMC nos contextos rural e urbano, enquanto objeto de estudo das ciências sociais e humanas, por meio do Quadro das Vulnerabilidades no âmbito da Psicologia Social, se apresenta como uma forma de conhecimento de superar a visão reducionista e biologizante do processo saúde-doença. Faz-se necessário conhecer os modos de vida e as práticas sociais e culturais dos sujeitos rurais e urbanos, conhecer sua vivência e relação com o meio ambiente, seus sentimentos, sonhos, levar em consideração as necessidades individuais da população e coletivas da comunidade. Reconhece-se que os dados aqui apresentados não são conclusivos, sendo necessário a continuidade de investigações sobre os demais elementos presentes nos contextos em estudo que possam influenciar o sofrimento masculino. Contudo, é importante a ampliação para grandes centros urbanos em âmbito nacional, sobretudo a realização de mais estudos sobre saúde masculina de cunho qualitativo, pois percebe-se na literatura a invisibilidade de pesquisas qualitativas e um incipiente número de pesquisas que os escutem. É necessário escutar o que os homens têm a dizer, dar voz a população masculina, e com isso, entender as barreiras, as dificuldades que os mesmos enfrentam e buscar soluções, alternativas para os seus problemas de saúde. É crucial que os profissionais de saúde estejam qualificados e sensibilizados com a saúde mental masculina.

Apesar dos avanços na área da saúde (geral) do homem, os estudos sobre sua saúde mental são ainda bastante incipientes. Portanto, espera-se com este estudo contribuir para o

debate e a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental dos homens de cidades rurais e urbanas, com o intuito de compreender os processos sociais e subjetivos que constituem a vida dos homens e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado. Sobretudo, estimular os profissionais de psicologia para atuar em contextos rurais, a população rural ainda encontra-se desprovida de atendimento psicológico, pela ausência desses profissionais.

Ressalto aqui, que as equipes de saúde percebam com sensibilidade o valor de se levar alternativas de cuidado em saúde mental para os municípios de pequenos portes, como os investigados neste estudo, com acesso facilitado à população e seguimento de continuidade dos cuidados, na própria comunidade. É de suma importância investir em redes de apoio social com a criação de grupos de cuidado social em que os homens recebam informações sobre os mais diversos assuntos e para que possam lidar com os mais diversos problemas existentes na vida cotidiana. Não podemos silenciar quando o assunto é a saúde mental masculina, as equipes de saúde devem ficar atentas e qualificadas para receber a população masculina nos serviços de saúde, sobretudo quando se trata das vivências de masculinidades. Os homens chegam até os serviços, mas e nós? Estamos preparados para recebê-los? Conseguimos chegar até estes homens?

Faz-se necessário iniciar investimentos na saúde do homem, com comprometimento dos diferentes níveis de gestão, levando responsabilidades e competências no cuidado em saúde mental até os menores municípios, realizar atividades nos serviços de saúde, em pontos de grande movimentação nas cidades, de forma a incentivar os homens a cuidarem da saúde física e mental. Mostrar com riqueza de detalhes a importância da saúde do homem, explicar que existe uma política de saúde voltada, exclusivamente, para a população masculina. É de grande relevância, buscar ampliar a divulgação dessa política, seja através de ações nos serviços de saúde, seja através de

divulgações com materiais impressos (banners, panfletos) e/ou com propagandas em rádio, na mídia, em escolas públicas e privadas, universidades públicas e privadas, palestras, encontros semanais com os profissionais de saúde, incentivar as famílias a participarem e disseminar o máximo de informações sobre saúde do homem nos contextos urbano e rural. E com isso, informar com clareza e linguagem acessível à importância de cuidar da saúde mental masculina.

Por fim, as questões de gênero atravessam as relações entre homens e mulheres tanto na área rural quanto na urbana, entretanto cada contexto apresenta suas especificidades e diferentes formas de expressão das desigualdades de gênero. As formas de expressão do adoecimento estão relacionadas aos papéis de gênero, tendo em vista que, tanto para o gênero feminino quanto para o masculino, percebe-se que certos comportamentos são mais aceitos pela sociedade. A educação que os meninos recebem desde cedo, já contribui para uma cultura machista. Os homens são ensinados a dominar, a exercer autoridade sobre o outro, seja qual for a situação. “Homem não chora, homem não fica doente”, “a mulher é propriedade do homem”. Os homens são estimulados desde criança para agir com agressividade e violência: “Homem resolve tudo na força física”. “Homem tem que ser corajoso, forte e viril”. Percebe-se que as representações e estereótipos sobre o papel masculino dentro das famílias é construído cotidianamente em nossa sociedade e reforçam os padrões de uma masculinidade hegemônica. São estes mesmos homens que estão inseridos nos serviços de saúde, por tudo isso, partindo desses aspectos aqui destacados, percebe-se o quanto é imprescindível que os profissionais de saúde se debrucem sobre os processos de masculinidade e sobre as experiências dos homens que são acolhidos nos serviços de saúde. Ressalto a importância de investigar e entender as vivências masculinas nos territórios e nos contextos familiares e, assim, criar

condições para um trabalho efetivo de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, contribuindo assim, para a saúde mental masculina.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adam, P. & Herzlich, C. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC.
- Almedom, A.M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61(5), 943-964.
- Almeida Filho, N. de. & Andrade, R. F. S. (2003). Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: D. Czeresnia, & C.M. Freitas. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Almeida Filho, N. de. & Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889.
- Almeida Filho, N. de. (2000a). *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Almeida Filho, N. de. (2000b). O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3): 4-20.
- Almeida, M. I. M. (1996). *Masculino/Feminino: Tensão Insolúvel*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Almeida-Filho, N. (2010). A problemática teórica da determinação da saúde. In R.P. Nogueira (org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 13-36). Rio de Janeiro: Cebes.
- Alves, A.A.M., & Rodrigues, N.F.R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Rev. Port. Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(3), 491-494.

- Amarante, P. (1998). *Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura*. In G., Castelo Branco & L. F. Baêta Neves (Orgs.), Michel Foucault – da arqueologia do saber à estética da existência. Rio de Janeiro: NAU; Londrina: CEFIL.
- Amarante, P. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25(58), 26-34.
- Amarante, P. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz .
- Amarante, P; Cruz, L.B. (2015). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Antunes, J.A.P. (2015). Crise econômica, saúde e doença. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 274-284
- Aquino, E. M., Heilborn, M.L., Barbosa, R.M., & Berquo, E. (2003). Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Caderno de Saúde Pública*; 19 (Suppl 2): S198-9.
- Araya, R., Dubstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine* (1982), 62, 3072-3083.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Filho, H. C. S., & França Jr, I. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In D. Czenersnia & Freitas, C.M. (Orgs.). *Promoção de saúde – Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 116-138). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V. & Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In V. Paiva, J. R.

- C. M. Ayres., & C. M. Buchalla. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J.R.C.M., Calazans, G. J., Filho, H. C., & França Jr, I. (2009). Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 871p.
- Badinter, E. (1993). *XY: sobre a Identidade Masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bagli, P. (2013). Rural e urbano: harmonia e conflito na cadência da contradição. In: M.E.B, Sposito & A.M. Whitacker. (Orgs.). *Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural*. (pp. 81-109). 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.
- Baker, P. (2001). The international men's health movement: has grown to the stage that it can start to influence international bodies. *British Medical Journal*, 323(7320), 1014-1015.
- Ballester, D. A.; Filippin, A. P.; Braga, C. & Andreoli, S. B. (2005). The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Medicine Journal*, 123(2): 72-76. São Paulo.
- Barker, G. (2010). Trabalho não é tudo mais é quase tudo: homens, desemprego e justiça social em Políticas Públicas. In: B. Medrado; J. Lyra; M. Azevedo; J. Brasilino. (orgs.) *Homens e Masculinidades: Práticas de Intimidade e Políticas Públicas*. Recife: PAPAÍ.
- Barton, H., Grant, M., & Guise, R. (2003). *Shaping Neighbourhoods – a guide for health, sustainability and vitality* (Spon Press). New York.
- Basaglia, F., Rotelli, F., & Butti, G. (2015). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.

- Baum, F.E., & Ziersch, A.M. (2003). Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 320-323.
- Bernardelli, M.L.F.H. (2013). Contribuição ao debate sobre o urbano e o rural. In: M.E.B, Sposito & A.M. Whitacker. (Orgs.). *Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural*. (pp. 33-52). 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.
- Berrios, G. E. (2008). Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 113-127.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645.
- Bichaff, R. (2006). *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Borrillo. (2000). *L'Homophobie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Borsoi, I.C.F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19 edição especial 1, 103-111.
- Bosch, K.R. (2004). Cooperative extension responding to Family needs in time of drought and water shortage. *Journal of Extension*, 42(4), 1-10.
- Bosi, M.L.M., Carvalho, L.B., Sobreira, M.A.A., Ximenes, V.M., Liberato, M.T.C., & Godoy, M.G.C. (2011). Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis*, 21(4), 1231-1252.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica*. MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard.
- Brasil. (2004). Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília/DF.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília/DF.
- Brasil. (2006). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília/DF.
- Brasil. (2007a). Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006, Brasília/DF.
- Brasil. (2007b). Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília/DF.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.4).

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília/DF.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. , 1ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno HumanizaSUS*. Brasília/DF.
- Brasil. (2015b). Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: D. Czeresnia & C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Butler, J. (2003). Problemas de Gênero – Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Camargo, R. A.L., & Oliveira, J.T.A. (2012). Agricultura familiar, multifuncionalidade da agricultura e ruralidade: interfaces de uma realidade complexa. *Ciência Rural*, 42(9), 1707-1714.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

- Campos, O. R. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5), 1053-1062.
- Camurça, C.E., Alencar, A., Cidade, E. & Ximenes, V. (2016). Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. *Avances em Psicología Latinoamericana*, 34(1), 117-128.
- Camurça, C.E.S. (2014). *Implicações psicossociais da seca na saúde mental de moradores de uma comunidade rural cearense*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará.
- Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico*. 6ª ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Capilheira, M.F., & Santos, I.S. (2006). Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. *Rev saúde pública*, 40(2), 289-297.
- Caponi, S. (2003). Saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caponi, S. (2009). Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), 1-8.
- Carlotto, M.S., Amazarray, M.R., Chinazzo, Í., & Taborba, L. (2011). Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Caderno de Saúde Coletiva*, 19(2), 172-178.
- Carneiro, M.J. (1997). Política pública e agricultura familiar: uma leitura do PRONAF. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 8, 70-85.

- Carneiro, M.J. (2012). Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In M.J. Carneiro (org.). *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj.
- Carvalho, S. R. (2005). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Rev. Brasileira Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Catão, M.F. (2011). O ser humano e problemas sociais: questões de intervenção. *Temas psicol. [online]*, 19(2), 459-465.
- Ceccarelli, P. R. (1997). A Construção da Masculinidade. In *Percurso: Revista de Psicanálise*, ano X, nº 19, p. 49-56.
- Ceccato, M. G. B. (2004). *Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5), 1388-1397, set-out.
- Ceccim, R.B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), 161-77.
- Cheung, Y.T.D., Spittal, M. J., Pirkis, J., & Yip, P.S.F. (2012). Spatial analysis of suicide mortality in Australia: investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories. *Social Science and Medicine*, 75, 1460-1468.
- Choi, K.H., & Kim, D.H. (2015). Trend of suicide rates according to urbanity among adolescents by gender and suicide method in Korea, 1997-2012. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(5), 5129-5142.
- Connell, R. W. (1995a). Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, 20(2), 185-206.

- Connell, R.W (1995b). *Masculinities: knowledge, power and social change*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles.
- Costa, A.G., & Ludermir, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21 (1), 73-79.
- Costa, M.G.S.G., Dimenstein, M., & Leite, J. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(2), 145-154.
- Costa, R.G. (2002). Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Revista Estudos Feministas*, 10, 339-356.
- Courtenay W.H. (2000). Construction of Masculinity and Their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(1), 385- 401.
- Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, O., Silva, G.S.N., Gomes, R., Schraiber, L.B., & Figueiredo, W.S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 14(33), 257-270, abr./jun.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Cyrino, R. (2009). *Trabalho, temporalidade e representações sociais de gênero: uma análise da articulação entre trabalho doméstico e assalariado*. *Sociologias*, 21: 66-92
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia., & C.M. de Freitas. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Dantas, M.I. *Do monte à rua: cenas da festa de Nossa Senhora das Vitórias*. Natal: IFRN editora, 2008.
- Dejours, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez. 1992.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*, 50, 1557-1570.
- Demyttenaer, E, K. et. al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, United States, v. 291, n. 21, p. 2581-2590.
- Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P., Dantas, C. (2016). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi.
- Dimenstein, M., Lima, A. I. & Macedo, J.P.S. (2013). Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In S. Paulon., & R. Neves (Orgs.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. (pp. 39-59). Porto Alegre: Sulina.
- Dimenstein, M., Santos, Y.F., Brito, M., Severo, A.K. & Morais, C. (2005). *Demanda em Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família*. 3(5), 33-42.
- Diogo, M.F., Coutinho, M. C (2006). A dialética da inclusão/exclusão e o trabalho feminino. *Interações*, 11(21), 121-142.
- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1019-1034.
- Dorais, M. (1994a). *O Homem Desamparado*. São Paulo: Loyola.

- Dorais, M. (1994b). *O Erotismo Masculino*. São Paulo: Loyola.
- Duarte, L.F. (2010). O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17(2), 313-326.
- Endlich, A.M. (2013). Perspectivas sobre o urbano e o rural. In M.E.B, Sposito & A.M. Whitacker. (Orgs). *Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural*. (pp. 11-31). 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.
- Evans, G.W., Wells, N.M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59, 475-500.
- Farias, M.D., & Araújo, T.M. (2011). Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 25-39.
- Favero, E. (2012). *O impacto psicossocial das secas em agricultores familiares do Rio Grande do Sul: um estudo na perspectiva da Psicologia dos Desastres*, Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Favero, E., Sarriera, J.C., Trindade, M.C., & Galli, F. (2013). A seca e sua relação com o bem-estar das famílias rurais do noroeste do Rio Grande do Sul. In J. Leite, e M. Dimentein (orgs.). *Psicologia e contextos rurais*. (pp. 304-332). Natal: EDUFRN.
- Fernandes, L.C., Bertoldi, A.D., Barros, A.J.D. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública [online]*, 43(4), 595-603.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. e saúde coletiva*, 10(1), 105-109.

- Firpo, M., Maciel, J., Coelho, L., & Carneiro, F. (2015). Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a vigilância e a promoção da saúde. *Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva*, 1, 24-34.
- Flores, G.C., Borges, Z.N., Denardin, B.M.L., Silva, F.M. (2011). A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciênc Cuid Saúde*, 10(3), 533-540.
- Fone, D. L., & Dunstan, F.D.J. (2006). Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health Place*, 12, 332-344.
- Fone, D., Dunstan, F., John, A., & Lloyd, K. (2007). Association between common mental disorders and the Mental Illness Needs Index in community settings. Multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191, 158-163.
- Fonseca, M. L. G. et al. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS, América do Norte*, 11.
- Fontes, W.D., Barboza, T.M., Leite, M.C., Fonseca, R.L.S., Santos, L.C.F., Nery, T.C.L. (2011). Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul*
- Fortes, S., Lopes, C.S., Villano, L.A., Campos, M.R., Gonçalves, D.A., & Mari, J.J. (2011). Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies]. *Rev Bras Psiquiatr.* 33(2), 150-156. Portuguese.
- Foucault, M. (1999). *A História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes, práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2007). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E.E. Merhy & T.B. Franco (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 11-296). São Paulo: Hucitec.
- Furtado, F.M.S.F; Saldanha, A.A.W. (2016). Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Universidade Federal da Paraíba. Tese de doutorado não publicada.
- Gadamer, H.G. (2002). *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saude Pública*, 10 (Supl. 1),146-155.
- Giovanella, L. & Mendonça, M.H.M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, Escorel, S. Lobato, L.V.C. Noronha, J.C. & A.I. Carvalho (Ogrs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp. 493-545). 2ª ed. Ampliada e revisada. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. & Carvalho, A.I. (2012). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Ampliada e revisada. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, D., Huxley P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.

- Gomes R., Nascimento E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. de saúde pública*; 23(3), 565-574.
- Gomes, A.A., & Rozemberg, B. (2000). Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo – RJ. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4), 16-29.
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva*; 8(3), 825-829.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gomes, R. (2010). *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora UNESP.
- Gonçalves, A., Mari, J.J., Bower, P., Gask, L., Dorwick, C., Tófoli, L.F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3): 623-632.
- Gonçalves, D.M., Stein, A.T., & Kapczinski, F. (2008). Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cad. saúde pública*, 24(2), 380-90. Portuguese.
- Graziano da Silva, J., Del Grossi, M., & Campanhola C. (2002). O que há de realmente novo no rural brasileiro? *Cadernos de Ciência & Tecnologia* 19(1): 37-67.
- Guanziroli, C., Romeiro, A., Buanain, A.M., Sabato, A.D., Bittencourt, G. (2001). *Agricultura familiar e reforma agrária no século XXI*. Rio de Janeiro: FAO/MDA/Garamond.
- Guerriero, I.C.Z. (2001). *Gênero e vulnerabilidade ao HIV: um estudo com homens na cidade de São Paulo* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo).

- Hair Junior, F.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L.; Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman, 600p.
- Harding, T.W., de Arango, M.V., Baltazar, J., Climent, C.E., Ibrahim, H.H., & Ladrado-Ignacio, L. (1986). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hardy, E., & Jiménez, A. L. Masculinidad y gênero. *Salud y género*. (2000). Chile. pp. 349-359.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Heppner, P. P. (2008). Expanding the conceptualization and measurement of applied problem solving and coping: from stages to dimensions to the almost forgotten cultural context. *Am Psychol*. 63(8), 805-16.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Censo Agropecuário de 2006*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*. Brasil: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*. Brasil: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*. Brasil: Autor.
- Jorge, M.A.S., Carvalho, M.C.A., & Silva, P.R.F. (2014). *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços comuns compartilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kassouf, A. L.. (2005). *Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil*.

- Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In C.F, Cáceres., M, Cueto., M, Ramos., & S, Vallas. (Orgs). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 137-52.
- Kirp, D. L., & Bayer, R. (1999). *AIDS in the industrialized democracies: passions, politics and policies*. New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press.
- Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latino-Americana* 2(2), 67-79.
- Laurenti, R., Mello-Jorge, M.H.P., & Gotlieb, S.L.D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1), 35-46.
- Lee, M.A. (2009). Neighborhood residential segregation and mental health: A multilevel analysis on Hispanic Americans in Chicago. *Social Science and Medicine*, 68, 1975-1984.
- Lefebvre, H. (1969). *O direito à cidade*. São Paulo: Documentos Ltda, 133p. (Título original: Le droit à la ville).
- Lefevre, F. & Lefevre, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: a conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 14(1), 40-50.
- Leipold, B.; Greve, W. (2009). Resilience: a conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 14(1), 40-50.
- Leite, J.F. (2013). *Os sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo comparativo entre homens da cidade do Natal/RN*. [Relatório de pesquisa]. Natal: Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Leite, J.F., Dimenstein, M. (2013). *Psicologia e contextos rurais*. Natal, RN: EDUFRN.
- Leite, J.F., Macedo, J.P.S., Dimenstein, M., & Dantas, C. (2013). A formação em Psicologia para a atuação em contextos rurais. In Dimenstein, M., & Leite, J.F. (Orgs). (pp. 27-55). *Psicologia e contextos rurais*. Natal, RN: EDUFRN.
- Levigard, Y.E., & Rozemberg, B. (2004). A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1515-1524.
- Locker, D. (2008). Social determinants of health and disease. In G. Scambler (Ed), *Sociology as applied to medicine* (pp. 18-34). Saunders/Elsevier.
- Lopes, C.S., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.
- Loureiro, A., Costa, C., Almendra, R., Freitas, Â., & Santana, P. (2015). The sócio-spatial contexto as a risk fator for hospitalization due to mental illness in the metropolitan areas of Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 219-231.
- Ludermir A.B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(3), 647-659.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*; 18(3), 451-467.
- Ludermir, A.B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(3), 198-204.
- Ludermir, A.B., & Filho, D.A.M. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista Saúde Pública*, 36, 213-221.

- Ludwing, J., Duncan, G.J., Gennetian, L.A., Katz, L.F., Kessler, R.C., Kling, J.R., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood Effects on the Long-Term Well – Being of Low-Income Adults. *Science*, 337, 1505-1510.
- Lutz, C. (1985). Depression and the translation of emotional worlds. In A. Kleinman, B. Good (orgs.). *Culture and Depression Studies in the Antropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (pp. 63-100). Berkeley Los Angeles London: University of California Press.
- Mann, J., & Tarantola, D. (1996). *AIDS in the à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. Interface - Comunic., Saude, Educ.*,(15)37, p.363-75, abr./jun.world II. New York: Oxford University Press.
- Mansano, S.R.V. (2009). Sujeito, subjetividades e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da Unesp*, 8(2), 110-117.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H.M.D., César, C.L.G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Mari, J., & Willians, P.A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20). São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26.
- Marques, M.I.M. (2002). O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, São Paulo, 18(19), 95-112. Jul/dez.
- Martínez-Hernández, A. (2000). *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Martín-León, L., de Oliveira, H.B., & Berti, M. (2007). *Social inequality and common mental disorders*.

- Mckinlay, E. (2005). *Men and Health: a literature review*. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University, jan.
- Medrado B. (1998). *Homens na arena do cuidado infantil*. In Arrilha HA M, Unbehaums S, Medrado B. Homens e masculinidades: outras palavras – ECOS. São Paulo: Editora 34; p. 145 – 161.
- Medrado, B., & Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Estudos Feministas*, 16 (3), 809-840.
- Mendes, E.V. (1999). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (1999). A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a atenção procedimento – cuidado na produção dos modelos de atenção. (mimeo). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G.W.S. Campos, *Saúde Paidéia* (pp. 122-149). São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E.E. (2006). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In E.E. Merhy, & R. Onocko (orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 197-228). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E., Magalhães, H.M., & Franco, T.B. (2007). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (pp.11-296). São Paulo: Hucitec.
- Mesquita, M.G., Moreira, M.C., Maliski, S.L. (2011). But I'm (became) different: cancer generates reprioritizations in masculine identity. *Cancer Nurs*. Mar-Apr; 34(2), 150-157.

- Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2012). Neighborhood urban form, social environment, and depression. *Journal of Urban Health*, 89, 1-18.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª edição, São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (2002). Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In M.C.S Minayo & A.C. Miranda. (orgs.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós* (pp. 173-189). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Miranda, F.A.N., Carvalho., G.R.P, Fernandes., R.L, Silva., M.B, & Sabino, M.G.G. (2009). Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Rev Bras Enferm.* 62(5), 711-716.
- Mirvis, D.M., Graney, M.J., Ingram, L., Tang, J., & Kilpatrick, A.O. (2006). Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. *J Health Hum Serv Adm.* 29(1):4-25.
- Molina, M.R.A.L., Wiener, C.D., Branco, J.C., Jansen, K., Souza, L.D.M., Tomasi, E., Silva, R.A., & Pinheiro, R.T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica* (São Paulo), 39(6), 194-197.
- Monken, M., Peiter, P., Barcellos, C., Rojas, L.I., Navarro, M.B.M.A., Gondim, G.M.M & Gracie, G. (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: A.C. Miranda, C. Barcellos, J.C. Moreira & M. Monken (orgs.). *Território, Ambiente e Saúde* (pp. 23-41). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moreira, J.K.P., Bandeira, M., Cardoso, C.S., & Scalón, J.D. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 221-226.

- Neves, D. (1995). Agricultura familiar: questões metodológicas. *Revista da Associação Brasileira de Reforma Agrária*, 25: 21-37.
- Ngoundo-Mbongue, T. B., Sommet, A., Pathak, A., & Montastruc, J. L. (2005). “Medicamentation” of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol*, 61(4), 309-313.
- Nogueira, H. (2008). *Os lugares e a saúde*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Nolasco, S. (1995a). *A Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Nolasco, S. (1995b). *O Mito da Masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Onocko Campos, R. T. et al., (2008). Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(2), 173.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2002). Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, OMS.
- Paim, J.S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In V. Paiva, J.R.C.M. Ayres, & C.M. Buchalla (orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Paraíba. (2008). Plano Diretor de Regionalização da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde Paraíba. Disponível em [www.saude.pb.gov.br](http://www.saude.pb.gov.br).
- Paraíba. (2009). Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba. Disponível em <http://portal.tce.pb.gov.br/wpcontent/>

- Parker, R., Mato, R. A., & Terto Jr, V. (2011). *As estratégias do banco mundial e a resposta à aids no Brasil*. In R. Parker, R.A. Mato & V. Terto Jr. (Orgs.). *As estratégias dos bancos multilaterais para o Brasil*. (pp. 107-130). Brasília: Rede Brasil.
- Patel, V., Lund, C., Hatheril, S., Plageron, S., Corrigall, J., & Funk, M. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In: E. Blas & A. Kurup (Eds.), *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 115-134). Geneva: World Health Organization.
- Paulon, S., & Neves, Rosana (2013). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.
- Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In R. A. Pacheco Filho, N. Coelho Jr., & M. D. Rosa (Orgs.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo/EDUC.
- Pietrukowicz, M.C.L.C. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.
- Pinheiro, L.R.S., & Monteiro, J.K. (2007). Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), 35-45.
- Pinheiro, R.S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.*, 7(4), 687-707.
- Pinho, P.S., & Araújo, T.M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-572.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 439-454.

- Rachid, M., & Schechter, M. (2003). Manual de HIV/Aids, *Revista Ampliada Revinter*, parte I. (pp. 3-18). 7ª edição. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, 43(1), 29-44.
- Remoaldo, P., & Nogueira, H. (2012). *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Ribeiro, C.R., Gomes, R., Moreira, M.C.N. (2015). A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3589-3598.
- Richardson, G., & Troost, W. (2009). Monetary intervention mitigated banking panics during the great depression: quase-experimental evidence from Federal Reserve District Border, 1929-1933. *Journal of Politic Economy*, 117(6), 1031-1073.
- Rigotto, R. M., & Augusto, L. G.S. (2007). Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), S475-S485.
- Rocha, S.V., Araújo, T.M., Almeida, M.M.G., & Virtuoso Jr J.S. (2012). Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(4), 871-883.
- Rodrigues, M.P., Lima, K.C., Roncalli, A.G.(2008). A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 71-82.
- Rosa, L. R., & Ferreira, D. A.O. (2013). As categorias rural, urbano, campo, cidade: a perspectiva de um *continuum*. In M.E.B. Sposito & A.M. Whitacker. (Orgs.). *Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural*. (pp.187-204). 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.
- Rosa, W.J. (2012). O campesinato como modo de vida. *Revista Trilhas da História*, 1(2), 98-107.

- Rotelli, F. (2015). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In F. Basaglia., F., Rotelli & G., Butti (Orgs.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps. p.37-50.
- Rotelli, F., Leonards, O. de, & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17- 59). São Paulo: Editora Hucitec.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 9(3), 460-483.
- Sabo, D. (2002). *O estudo crítico das masculinidades*. In. Adelman M, Silvestrin C.B, organizadores. Coletânea gênero plural. (pp. 33-46). Curitiba: Editora UFPR.
- Sachs, I. (2008). *Caminhos para o desenvolvimento sustentável*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Garamond.
- Saffiotti, H. (1987). *O poder do macho*. São Paulo: Moderna.
- Saforcada, E. (2010). Perspectiva ecológico-sistêmica da saúde. In: J. Sarriera & E. Saforcada (orgs.). *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas* (pp. 49-75). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Saldanha, A.A.W. (2011). *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas*. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Saldanha, A.A.W. (2012a). Vulnerabilidades Feminina em Saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de mulheres residentes em cidades rurais. Relatório Final de Iniciação Científica. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.

- Saldanha, A.A.W. (2013). *Relatório Final de Pós Doutorado*. Fomento: CNPq – Brasil. Processo: 157169/2011-1. Ribeirão Preto, SP, Universidade de São Paulo.
- Saldanha, A.A.W.; S; Silva, J.; Tenório, A.T.; Lima, M.A.S.; Galvão, J.O. & Amorim, G.K. (2012b). *Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids*. Relatório Final de Iniciação Científica. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Editora Almedina.
- Santana, P. (2014). *Território, saúde e bem-estar. Introdução à geografia da saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, D. V. D. (2009). *Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada* [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Santos, É. G., & Siqueira, M.M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Santos, J. R. A. (1999). Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales. *Journal of Extension*, 37(2).
- Santos, J.C. (2013). *O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Santos, K.O; Araújo, T.M; Oliveira, N.F. (2009). Factor structure and internal consistency of the Self- Reporting questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad. saúde pública*, 25(1), 214-222. Portuguese.
- Saquet, M.A. (2013). Por uma abordagem territorial das relações urbano-rurais no sudoeste paranaense. In M.E.B, Sposito & A.M. Whitacker. (Orgs.). *Cidade e campo: relações*

*e contradições entre urbano e rural.* (pp. 157-186). 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível.* Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.

Sarkar, C., Webster, C., & Gallacher, J. (2014). *Healthy Cities: Public Health Through Urban Planning* (Edward Elg.).

Sarti, C.A, Barbosa, R.M, Suarez, M.M. (2006). Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*, 16(2):167-183.

Sayão, D. T. *Relações de Gênero e Trabalho Docente na Educação Infantil: Um Estudo de Professores em Creche.* Florianópolis: Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

Schimidt, M.I., Duncan, B.B., Gulnar, A.S., Menezes, A.M., Monteiro, C.A., Barreto, S.M., Chor, D., & Menezes, P.R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 377(9781), 1949-1961.

Schneider, S. (2010). Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. *Revista de Economia Política*, 30(3), 511-531.

Schraiber, L.B., & Mendes-Gonçalves, R. B. (1996). Necessidades de saúde e atenção primária. In L.B. Schraiber, M.I.B. Nemes, & R.B. Mendes-Gonçalves (orgs.) *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica.* Hucitec, São Paulo.

Schraiber, L.B., Figueiredo, W.S., Gomes, R., Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Machin, R., Silva, G.S.N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.

Schraiber, L.B., Gomes R., & Couto M.T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*; 10(1), 7-17.

- Scopinho, R.A. (2010). Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1575-1584.
- Scott, G., Ciarrochi, J., & Deane, F. (2003). The increasing incidence of suicide: economic development, individualism and social integration. *Faculty of Health and Behavioural Sciences – Papers (Archive)*.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 15(2), 71-99. Jul/dez.
- Seixas, S.R.C., Hoeffel, J.L.M., Renk, M., Vieira, S.A., & Mello, L.F. (2011). Mudanças ambientais globais, vulnerabilidade de risco: impactos na subjetividade em Canguaretama. *Revista Vitas*, 1, 1-28.
- Separavich, M.A., & Canesqui, A.M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde soc. [online]*, 22(2), 415-428.
- Silva J.K.O., Silva O.M.P., Rezende R, Santer T. (2008). Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no estado de Santa Catarina. *Caderno Saúde Coletiva*. 16(1):115-126.
- Silva, G.G.J., Souza, M.L.P., Júnior, E. G., Câneo, L.C., Lunardelli, M.C.F. (2009). Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 34 (119): 79-87.
- Silva, J. M., Novato-Silva, E., Faria, H.P., & Pinheiro, T.M.M. (2005). Agrotóxico e Trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 891-903.

- Silva, M., Cardoso, G., Saraceno, B., & Almeida, J.C. (2015). Saúde mental e a crise econômica. In P. Santana (org.). *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. (pp. 61-74). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Silva, R.M.A. (2007). Entre o combate à seca e a convivência com o semi-árido: políticas públicas e transição paradigmática. *Revista Econômica do Nordeste*, 1(1), 85-104.
- Silva, V., Dimenstein, M., & Leite, J. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285.
- Silveira, D. (2003). *Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, L., Theodorakis, P.N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 13,163.
- Souza Santos, B. de. *Um Discurso sobre as Ciências*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- Souza, I.C.W., & Ronzani, T. M. (2012). Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicol estud*, 17(2), 237-246.
- Sposito, M.E.B., & Whitacker, A. M. (2013). *Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural*. 3ª ed., São Paulo: Outras Expressões.
- Sugiyama, T., Leslie, E., Giles-Corti, B., & Owen, N. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62.
- Sundfeld, A.C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis [online]*, 20(4), 1079-1097.

- Sundquist, K., & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health Place*, 12, 594-602.
- Tavares, M.F.L., M.F.L., Zancan, L., Carvalho, A. I., & R.M. (2011). Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In R. Gondim, V. Grabois, & W. Mendes (orgs.). *Qualificação de gestores do SUS*. (pp. 297-310). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Teixeira, C. F.; Paim, J. S. & Villasbôas, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.
- Teixeira, M.A.P., Gomes, W.B. (2004). Estou me formando...e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. *Rev Bras Orientação Profissional*. 5(1): 47-62.
- Telegraph Men. (2014). 'A crisis of masculinity': Men are struggling to cope with life. *The Telegraph*. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/men/thinking-man/11238596/A-crisis-of-masculinity-men-are-struggling-to-cope-with-life.html>.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 9(1), 25-29.
- Todd, C. et al. (1999). The onset of common mental disorders in primary care attenders in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 29, 97-104.
- Todman, L., Taylor, J.S., McDowell, T., Driscoll, M., Cooper, D., & Kim, E. (2013). What are the Social Determinants of Mental Health? *Institute on Social Exclusion – Adler School of Professional Psychology*.
- Traverso-Yépez, M. A., Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1),147-161. ISSN 1806-9584.

Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104026X2005000100010/782>

4>. Acesso em: 30 jan. 2017.

Traverso-Yèpez, M., & Medeiros, L.F.D. (2004). Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações* 9(18), 87-108.

Trindade, Z.A., Menandro, M.C.S., & Nascimento, C.R.R. (2011). *Masculinidades e Práticas de Saúde*. Vitória (ES). GM Editora.

Valdés, T., Olavarría, J. (1998). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago: Flacso.

Viana, A. L. D., & Dal Poz, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), 225- 264.

Vieira, E. W. R. (2010). Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Dissertação de Mestrado. UFMG, Belo Horizonte.

Vitor, R. S.; Lopes, C. P.; Menezes, H. S.; Kerkhoff, C. E. (2008). Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 0, p. 737-743, abr.

Wanderley, M.N.B. (2000). A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o “rural” como espaço singular e ator coletivo. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 15, 87-145.

Well-Being: A Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.

- Welzer-Lang D. (2004). Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In M. R. Schpun (Org.). *Masculinidades*. (pp. 107-128). São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc.
- Welzer-lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista de Estudos Feministas*, II, 460-482.
- White, A.; Fawcner, H. J., & Holmes, M. (2006). Is there a case for differential treatment of young men and women? *The Medical Journal of Australia*, 185(8), 454-455.
- WHO & Calouste Gulbenkian Foundation. *Social Determinants of Mental Health*. Geneva, 2014.
- Widiger, T.A., & First, M.B. (2008). Gênero e Idade – considerações no diagnóstico psiquiátrico: agenda de pesquisa para DSM-V. IN W.E. Narrow. et al (org.). *Gênero e critérios Diagnósticos* (pp. 124-134). São Paulo: Roca.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts*. Geneve: WHO.
- World Health Organization, (WHO). (2000). *Boys in the Picture*. Genève: Who.
- World Health Organization, (WHO). (2001a). *Men, Ageing and Health*. Genève: Who.
- World Health Organization, (WHO). (2001b). *The World health report: 2001 Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.
- World Health Organization, (WHO). (2002). *World report on violence and health* [relatório técnico online]. Geneva.
- World Health Organization, (WHO). (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhaga.
- World Health Organization, (WHO). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

- Zanello, V. & Flor, W. (2014). Uma história do silêncio sobre gênero e loucura – Parte II. Sobre a loucura e as épocas e as mulheres: para uma escuta do não dito e do não pensado. In V. Zanello & A.P.M. Andrade (orgs.). *Saúde Mental e Gênero. – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade* (pp. 29-40). Curitiba: Appris.
- Zanello, V. (2014b). A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello & A. P. M. Andrade (orgs.). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.
- Zanello, V., Bukowitz, B. & Coelho, E. (2011). Xingamentos entre adolescentes em Brasília: linguagem, gênero e poder. *Interações*, (7) 17, 151-159.
- Zanello, V., Fiuza, G. & Costa, H. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27, 238-246.
- Zanello, V., Windmöller, N. (2016). Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. *Psicologia em Estudo* (Maringá) 21(3), 437-449.

**APÊNDICES**

---



## APÊNDICE I

Universidade Federal da Paraíba  
 CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
 Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde  
 58059-900 João Pessoa, PB – Brasil

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

#### I - PERFIL SOCIOECONÔMICO

**Idade?** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Atividade/Profissão:** \_\_\_\_\_ ( ) Empregado ( ) Desempregado ( )

Aposentado

- Seu **emprego** é: ( ) Formal (CLT) ( ) Informal ( ) Autônomo - Renda Mensal : \_\_\_\_\_

- Você recebe algum benefício do governo como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez? ( ) Não ( ) Sim - qual?

---

- **Estado civil?** ( ) Casado/Mora junto ( ) Solteiro ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

- **Religião:** ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra: \_\_\_\_\_

- Em uma escala de 0 a 10, o quanto você **se considera religioso?**

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Como você se define em relação a sua sexualidade?

( ) Heterossexual

( ) Homossexual

( ) Bissexual

**II – ESTILO DE VIDA**

1 - O que você faz para se divertir?

---

2 - Pratica atividade física? (1) Não (2) Algumas vezes (3) Sim –

Qual? \_\_\_\_\_

3 - Fuma? (1) Não (2) Sim

4 - Ingere bebida alcoólica? (1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Sempre

5 - Já sofreu algum tipo de violência (1) Não (2) Sim - Qual? Por quem? \_\_\_\_\_

6 - Já sofreu algum tipo de discriminação ou preconceito? (1) Não (2) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

**III – BUSCA POR ATENDIMENTO**

7 – Quando foi a última vez que você procurou um atendimento médico? \_\_\_\_\_

8 – Você usou um serviço: ( ) público ( ) privado/particular

9 – Qual foi o serviço que você procurou? \_\_\_\_\_

10 – Qual o motivo? \_\_\_\_\_

11 – Como foi chegar a esse serviço? ( ) fácil ( ) difícil – Motivos? \_\_\_\_\_

12 – Locomoção ( ) caminhando ( ) veículo – Qual? \_\_\_\_\_

13 – Qual a maior dificuldade que teve para procurar o atendimento?

---

14 – Quando você adoece conta com a ajuda ou é acompanhado por alguém para procurar o atendimento médico? Quem? \_\_\_\_\_

15 – Estar, atualmente, em tratamento para algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim, qual?

\_\_\_\_\_

16 – Você já se submeteu a alguma cirurgia? ( ) Não ( ) Sim – Qual?

\_\_\_\_\_

**(Em caso negativo, passe para o item 22)**

17 – Precisou se deslocar para outra cidade? ( ) Não ( ) Sim-Qual? \_\_\_\_\_

18 – Quem o acompanhou? \_\_\_\_\_

19 – Como foi chegar a este serviço? ( ) fácil ( ) difícil – Motivos?

\_\_\_\_\_

20 – Qual o meio de locomoção? \_\_\_\_\_

21 – Qual foi a maior dificuldade? \_\_\_\_\_

22 – Quais foram seus sentimentos? \_\_\_\_\_

23 – Em caso de não procurar um atendimento médico, o que você faz para tratar do problema? \_\_\_\_\_

24 – Nos exames mais íntimos você se sentiria constrangido em ser examinado por um profissional de saúde do sexo oposto ao seu? ( ) Não ( ) Sim – Por quê?

\_\_\_\_\_

25 – Você tem filhos? ( ) Não ( ) Sim – Quantos? \_\_\_\_\_

26 – Quando adoece quem o acompanha ao médico? \_\_\_\_\_

27 – Por quê? \_\_\_\_\_

#### **IV – SAÚDE MENTAL**

28 - No último ano você passou por alguma coisa estressante (aperreio)? ( ) Não ( ) Sim –

O quê? \_\_\_\_\_

29 - Usa alguma medicação controlada (tarja preta)? ( ) Não ( ) Sim - qual(is)?

\_\_\_\_\_

30 - Quem receitou? \_\_\_\_\_

31 - Você já se consultou alguma vez com psicólogo? ( ) Não ( ) Sim – Onde?

\_\_\_\_\_

32 - Quem encaminhou?

\_\_\_\_\_

33 - Qual o motivo?

\_\_\_\_\_

34 - Você já se consultou alguma vez com médico psiquiatra? ( ) Não ( ) Sim – Onde?

35 - Quem encaminhou?

\_\_\_\_\_

36 - Qual o motivo? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II



Universidade Federal da Paraíba  
 CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
 Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde  
 58059-900 João Pessoa, PB – Brasil

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é sobre a saúde de homens em cidades rurais e na cidade de João Pessoa/PB e, está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Prof. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação (Doutorado) em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba/UFPB.

O objetivo do estudo é analisar os aspectos de vulnerabilidades em homens paraibanos comparando os contextos urbano e rural e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais e da cidade de João Pessoa/PB, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde da população masculina e a promoção de reflexão dos participantes frente a temática exposta.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados em eventos na área do estudo e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda, que os riscos envolvidos na pesquisa consistem em gerar desconforto nos participantes em compartilhar informações pessoais ou confidenciais no momento da entrevista.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Vale ressaltar, que o estudo não acarretará nenhuma despesa ao colaborador.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,  
 Edilane Nunes Régis Bezerra  
 Pesquisadora Responsável  
 Contato (83) 3224-5408

.....  
 Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante

**ANEXOS**

---



## ANEXO I

Universidade Federal da Paraíba  
 CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
 Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde  
 58059-900 João Pessoa/PB – Brasil

**SELF REPORTING QUESTIONNAIRE – 20 (SRQ-20)**

<b>SRQ-20</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1 – Sr(a) tem dores de cabeça com frequência?		
2 – Tem falta de apetite?		
3 – O Sr(a) dorme mal?		
4 – O Sr(a) fica com medo com facilidade?		
5 – Suas mãos tremem?		
6 – O(a) Sr(a) se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7 – Sua digestão não é boa ou sofre de problemas digestivos?		
8 – O(a) Sr(a) não consegue pensar com clareza?		
9 – Sente-se infeliz?		
10 – O(a) Sr(a) chora mais que o comum?		
11 – Não sente satisfação (gostar de) nas suas atividades diárias?		
12 – Acha difícil tomar decisões?		
13 – Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
14 – Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15 – O(a) Sr(a) perdeu interesse nas coisas?		
16 – Sente-se uma pessoa inútil?		
17 – O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18 – O(a) Sr(a) se sente cansado(a) todo o tempo??		
19 – O(a) Sr(a) tem sensações desagradáveis no estômago?		
20 - Fica cansado(a) com facilidade?		

## ANEXO II



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADES EM SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES DE PESSOAS RESIDENTES EM CIDADES

**Pesquisador:** Josevânia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18083113.1.0000.5176

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 316.559

**Data da Relatoria:** 21/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo design quantitativo e qualitativo possibilitará a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde, bem como análise das vulnerabilidades das mulheres residentes em cidades rurais.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as vulnerabilidades e a necessidade de saúde de mulheres residentes em cidades rurais, identificando a forma e as repercussões da inserção social a partir do relato de experiências vividas.

**Objetivos Secundários:**

Identificar: o estilo de vida das pessoas residentes em cidade rural (cotidiano doméstico, trabalho e lazer); os determinantes de vulnerabilidade individual em termos de recursos pessoais (conhecimento, escolaridade, acesso à informação e rede de apoio social-afetivo-sexuais, familiares e amigos) e intersubjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes); os determinantes de vulnerabilidade social (relações de gênero, processos de Estigmatização, discriminação, participação social, acesso a educação, cultura, educação, prevenção); os determinantes de vulnerabilidade programática (disponibilidade e acesso ao serviço de saúde, promoção da saúde,

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318      **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB      **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811      **Fax:** (83)2106-9368      **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

ações de prevenção, disponibilidade de meios e recursos, deslocamento, medicamentos, exames). Analisar: a qualidade dos serviços de saúde a partir da concepção dos participantes; a forma como os participantes resolvem os problemas da saúde; os perfis de vulnerabilidade aos agravos em saúde nas cidades rurais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na avaliação dos riscos e benefícios descritos neste projeto estão coerentes com a proposta do estudo e com as orientações da Resolução 196/96.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem elaborado, visa mapear o estado da PB acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV Aids.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados em anexos estão em consonância com o protocolo do CEP, onde foram anexados no relatório de pesquisa- Platbr:

Folha de rosto;

Projeto;

TCLE;

Instrumento;

Termo de compromisso do pesquisador.

**Recomendações:**

Recomendamos:

-Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

-Na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que o projeto apresenta sem pendências e está coerente cientificamente, o mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

<b>Endereço:</b> Campus Universitário BR 230 Km 22	
<b>Bairro:</b> Caixa Postal 318	<b>CEP:</b> 58.053-000
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> JOAO PESSOA
<b>Telefone:</b> (83)2106-4811	<b>Fax:</b> (83)2106-9368 <b>E-mail:</b> cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 26 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br