
Psychic Illness in Men in Northeastern Brazil: Mental Health in Debate

Adoecimento Psíquico em Homens no Nordeste Brasileiro: A Saúde Mental em Debate

Received: 21-04-2024 | Accepted: 25-05-2024 | Published: 31-05-2024

Edilane Nunes Régis Bezerra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8739-2638>

Universidade Federal de Roraima, Brasil

E-mail: edilane.regis@ufr.br

ABSTRACT

Psychic illness, with emphasis on Common Mental Disorders (CMD), is one of the major problems faced today, compromising the health of populations and representing a high burden on public health. However, the incipience of studies focusing on men's health needs within the scope of primary care is notable. This study aims to analyze aspects of vulnerability to common mental disorders in men living in the rural context of municipalities in Paraíba, associated with socioeconomic factors, lifestyles, search for care and mental health. A set of instruments was applied: SRQ-20 (screening of non-psychotic mental disorders); sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews, based on the scene method, with the aim of understanding the meanings that people attribute to the different dimensions of their daily life and, thus, decoding the dimensions of vulnerability, as an analysis method we used thematic analysis. It is evident that a large part of the non-adherence to comprehensive care measures, on the part of men, arises from cultural aspects. They feel strong and invulnerable.

Keywords: Psychic illness; Men; Mental health.

RESUMO

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. Não obstante, é notória a incipiência dos estudos com o enfoque acerca das necessidades de saúde masculina, no âmbito da atenção primária. Este estudo tem como objetivo analisar os aspectos de vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens residentes no contexto rural em municípios paraibanos, associados com fatores socioeconômicos, de estilos de vida, busca por atendimento e saúde mental. Foi aplicado um conjunto de instrumentos: SRQ-20 (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos); questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas, com base no método de cenas, com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana e, assim, decodificar as dimensões da vulnerabilidade, enquanto método de análise empregou-se a análise temática. Evidencia-se que grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre de aspectos culturais. Sentem-se fortes e invulneráveis.

Palavras-chave: Adoecimento psíquico; Homens; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

De acordo com Fortes, Villano e Lopes (2008), verifica-se na população mundial um número crescente de pessoas que sofrem com enfermidades mentais, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram conceituados por Goldberg e Huxley (1992), incluindo depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes. Os TMC abrangem sintomas como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade, os quais demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo. 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 (Pinheiro & Monteiro, 2007). Estudos encontraram relações de TMC com vulnerabilidade social tais como: baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia, baixa renda e desemprego.

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. 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 em alguma fase de sua vida.

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”. 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, 2016). 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.

Considerando estes pressupostos, Ayres, Paiva e França Jr. (2012), para a identificação e superação da vulnerabilidade inicia-se por considerar o plano individual. A dimensão individual da vulnerabilidade tem como pressuposto o indivíduo como ser em relação, desta forma, a forma de uma pessoa experimentar um processo de adoecimento ou se proteger dele envolve aspectos que vão desde sua constituição física até o seu modo próprio de gerir o cotidiano. No entanto, sem menosprezar a importância dos aspectos puramente biológicos, privilegia-se apreender a dimensão psicossocial expressa no grau e qualidade de informação que dispõe, nos modos como a elabora e no poder que tem para incorporá-la às suas práticas cotidianas, ou seja, as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar essas práticas. Assim, de acordo com Amarante (2022) cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais.

Outro aspecto que merece ser discutido são 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).

MÉTODO

Foi aplicado um conjunto de instrumentos: *Self Report Questionnaire 20- SRQ-20* (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos); Questionário Sociodemográfico, Estilo de vida e violência, Cuidados em saúde mental, Acesso e atendimento nos serviços de saúde, aplicados com 432 participantes, residentes em cidades rurais em municípios da Paraíba, na região do nordeste brasileiro. Ademais, a partir dos resultados obtidos no

SRQ-20, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 07 homens do contexto rural, com idade entre 24 e 59 anos, com base no método de cenas, com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana e, assim, decodificar as dimensões da vulnerabilidade.

A condução das entrevistas com os participantes da pesquisa, baseou-se em um roteiro de questões semiestruturadas que abordava eixos temáticos sobre: principais motivos para o adoecimento; estilos de vida e violência; cuidados em saúde mental; rede de apoio social. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador, com o devido consentimento dos participantes, foram feitas à medida que cada indicação era aceita. As entrevistas tiveram duração média de 40 a 50 minutos. As transcrições das entrevistas foram feitas na íntegra. Os resultados foram obtidos através das análises minuciosas dos relatos das entrevistas. O material empírico foi trabalhado a partir de análise de conteúdo, desenvolvida, primeiramente, por meio de sucessivas leituras flutuantes de todas as transcrições e relatos dos procedimentos adotados. Em seguida, construímos categorias empíricas, pautadas na relevância, intensidade e recorrência dos argumentos dos participantes da pesquisa (MINAYO, 2010). O referencial teórico utilizado na discussão dos resultados baseou-se nos teóricos da Reforma Psiquiátrica e da Psicologia Social.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ-JP, recebendo parecer favorável nº 316.559/13 e cumpre todas as determinações da Resolução nº 466/2012 e 510/2016, sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação no Comitê de Ética, deu-se início a pesquisa de campo. Os participantes receberam informações acerca das fases da investigação e seus objetivos e, assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da aplicação do SRQ-20 e dos questionários: sociodemográfico, estilo de vida e violência, cuidados em saúde mental, acesso e atendimento nos serviços de saúde, verificou-se prevalência de 46,3% (N=74) na população masculina na cidade de João Pessoa/PB, a maioria dos participantes com TMC, se encontrava na faixa etária dos 30 aos 49 anos. Na literatura brasileira, a prevalência de TMC na população geral varia entre 22,7% e 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), em homens, esta taxa é de 12,5% a 17% (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). A seguir, serão apresentadas de forma geral,

as principais classes temáticas enunciadas, sendo estas: Sintomatologia (principais queixas); Percepção ou banalização do sofrimento; Estilo de vida; Problemas familiares e cuidados com a família; Crise econômica/Dificuldades financeiras; Violência urbana; Isolamento social; Precarização do trabalho; Problemas na autoestima e no convívio social; Procuram assistência à saúde de maneira tardia ou emergencial.

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 na fala do participante:

“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 – 50 anos].

Diante do exposto, vale ressaltar que 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 no contexto rural apresentam sintomas somáticos (má digestão, as mãos tremem, dor de cabeça, dormem mal, fadiga etc.).

Em razão disso, há alguns 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), 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) e Fonseca et al. (2008), 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.

Outro aspecto observado nas entrevistas foi a **percepção ou banalização do sofrimento** em casa, entre os amigos e nos serviços de saúde. No contexto rural, através das entrevistas observou-se que os homens entrevistados não conseguem **expressar com**

facilidade o que sentem, não demonstrando a sua subjetividade, demonstrando firmeza, masculinidade e virilidade. 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 Zanello (2014) pode ser tanto causa como consequência do sofrimento. A exemplo, podemos constatar na fala do participante, quando menciona que homem não chora, principalmente, quando passam por dificuldades em seu cotidiano.

“hômi 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 – 50 anos].

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.

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.

Assim, no contexto rural, observaram-se diferentes **estilos de vida**. A vida bucólica e sedentária está mais presente, assim como o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de tabaco. Os homens não praticam exercícios físicos regularmente, nem procuram manter uma alimentação saudável, alegam falta de tempo, preguiça e o ato de se exercitar e cuidar do corpo é voltado para as mulheres. Comportamentos saudáveis, embora desejados, são descritos no meio rural como algo que a maioria dos homens não incorpora ao seu cotidiano por dificuldades pessoais ou sociais.

“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 – 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 – 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.

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).

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.

“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 – 44 anos].

Cabe destacar algumas associações, feitas pelos homens, entre a incidência de TMC e situações estressoras no dia-a-dia, como, por exemplo, 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.

“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 – 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 e 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).

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 (LOUREIRO; COSTA; ALMENDRA; FREITAS, 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.

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” (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2014; WHO, 2011). 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, 2011) 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.

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. 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 do participante:

“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 – 42 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.

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.

Para tanto, é necessária uma rede de serviços comunitários potente, que atue nos diversos contextos pelos quais circulem as pessoas em sofrimento psíquico. Dessa maneira, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS se tornaram um dispositivo estratégico na operacionalização da atenção psicossocial, diminuindo significativamente as longas internações em hospitais psiquiátricos por meio de uma direção de cuidado ampliada, territorial e comunitária (DIAS; AMARANTE, 2022).

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 na fala entrevistado: *“não sou de ir ao médico. Vou pra fazer exame de sangue ou quando a usina pede”* [Part. 05 – 50 anos].

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, 2008). Adicionalmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos prioritários na Estratégia Saúde da Família.

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.

No campo da saúde mental no Brasil, percebe-se, desde o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica, em meados da década de 1970, uma pluralidade de saberes e produções. Dias e Amarante (2020) consideram que o paradigma da atenção psicossocial, referência prático-teórica construída a partir da reforma, é também potencialmente contra-hegemônico ao distanciar-se de uma perspectiva de saúde mental pautada exclusivamente na racionalidade biomédica, representada pela psiquiatria e pela hospitalização, que historicamente foram consolidadas como tecnologias de cuidado hegemônicas.

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, na fala abaixo.

“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 – 50 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 criado para se cuidar”.

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 – 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 – 30 anos].

Percebe-se que os homens do contexto rural 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário ampliar 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.

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.

Vislumbra-se com o referido estudo, contribuir para pesquisas referentes à saúde mental masculina, bem como para uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina, 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.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M., CALAZANS, G.J., FILHO, H.C.S., FRANÇA JÚNIOR., I. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina, Freitas, Carlos Machado de. (Orgs.). *Promoção de saúde Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 116-138). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 4ª reimpressão, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília/DF, 2008.

COSTA, A.G., LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 73-79, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_a

DIAS, J.V.S., AMARANTE, P.D. Educação Popular e Saúde Mental: Aproximando Saberes e Ampliando o Cuidado. *Saúde em Debate*, 46(132), p.188-199. Jan-Mar.,2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/51>

DIAS, J.V.S., AMARANTE, P.D. Saúde Mental e Educação Popular: possíveis diálogos. In: Paro CA, Lemões MAM, Pekelman R, organizadores. *Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras*. v. 2. João Pessoa: Editora do CCTA. p. 135-154. Coletânea Educação Popular em Saúde, 2020.

DIMENSTEIN, M., LEITE, J., MACEDO, J.P., DANTAS, C. *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi, 2016.

FAVERO, E., SARRIERA, J.C., TRINDADE, M.C., GALLI, F. 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, 2013.

FERNANDES, L.C., BERTOLDI, A.D., BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online], 43(4), 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7h3V85wnV>

FIGUEIREDO, W.S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1), p. 105-109, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.

FONSECA, M.L.G., GUIMARÃES, M.B.L., VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS, América do Norte*, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/v>

FORTES, S., VILLANO, L.A.B., LOPES, C. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 32-37, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zMzyz4ffzf53C>

GOLDBERG, D., HUXLEY, P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock, 1992.

GOMES, R., NASCIMENTO, E.F., ARAÚJO, F.C. 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, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLW>

GOMES, R. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Brasil, 2010.

Gomes, R., Minayo, M.C.S. Atividade física como parte importante da saúde em todas as idades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), abril, 2016, p. 998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rDQB64ttsJfTys8Jg5nJShQ/?lang=pt>

LOPES, C.S., FAERSTEIN, E., CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 2003, 1713-1720.

LOUREIRO, A., COSTA, C., ALMENDRA, R., FREITAS, A., SANTANA, P. O contexto socioespacial como fator de risco para hospitalizações por doença mental nas áreas metropolitanas de Portugal. *Cad. Saúde Pública*, 31(1), 2015, p. 219-231. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090514>

LUDERMIR, A. B., MELO-FILHO, D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, 2002, 36, (2), p. 213-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000, 16(3), 647-659. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xYjF5HZbZQnYcDN579zb9Nm/abstract/?lang=pt>

MARAGNO, L., GOLDBAUM, M., GIANINI, R, J., NOVAES, H.M.D., CÉSAR, C.L.G. 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), 2006, 1639-1648. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>

MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª edição, São Paulo: Hucitec, 2010.

NARDI, A.G. *Questões atuais sobre depressão*. São Paulo: Lemos, 1998.

PATEL, V., LUND, C., HATHERIL, S., PLAGERSON, S., CORRIGALL, J., FUNK, M. 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, 2010.

PINHEIRO, R.S., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A.S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.*, 7(4), 687-707. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39rwjxMH7z7kKRqv9kQGr>

PINHEIRO, L.R.S., MONTEIRO, J.K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cad Psicol Soc Trab*, vol. 10, 2007, n. 2, 35-45. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v10n2/v10n2a04.pdf>

PINHO, P.S., ARAÚJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2012, 15(3), 560-572. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dxHcftTBL5b8P5Y>

SANTOS, M.F.S., ALMEIDA, A.M.O., MARAVILHA, L.M.M., OLIVEIRA, E.C. Cuidar da saúde é coisa de homem? In Trindade, Z.A., Menandro, M.C.S., Nascimento, C.R.R (Orgs.), *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 149-170). Vitória, ES: GM, 2011.

WHO, Calouste Gulbenkian Foundation. *Social Determinants of Mental Health*. Geneva, 2014.

WHO, World Health Organization. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen, 2011.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. Andrade, APM (orgs.). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris, 2014.