

Saúde Mental Masculina: um Estudo sobre a Procura por Auxílio Profissional

Carolina de Souza Walger¹, Ariane Santos² e Larissa Gulin³

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo: Protagonistas nos índices de suicídio, homicídio, acidentes de trânsito e incidência de alguns transtornos mentais, os homens são culturalmente desvinculados de práticas de autocuidado. Este estudo exploratório se propôs a identificar quais razões estão envolvidas na procura e não procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de levantamento, com coleta de dados via questionário *on-line*, a qual obteve 227 respostas válidas. Os resultados apontam que: i) a maioria dos respondentes já utilizou algum serviço em saúde mental; ii) parte dos respondentes associa o acompanhamento psicológico à cura de doenças e não leva em consideração o aspecto preventivo e de promoção à saúde; iii) os participantes têm dificuldade em pedir ajuda e exteriorizar sua vulnerabilidade; iv) os participantes consideram conversas informais com amigos e livros de autoajuda como substitutos ao acompanhamento psicoterapêutico. Esses resultados sugerem a necessidade de criação de intervenções voltadas para a conscientização do público masculino quanto à importância das ações para a promoção e manutenção da saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, saúde do homem, serviços de saúde mental, masculinidades

Male Mental Health: a Study About Search for Professional Assistance

Abstract: Protagonists in the rates of suicide, homicide, traffic accidents and the incidence of some mental disorders, men are culturally disconnected from self-care practices. This exploratory study aimed to identify which reasons are involved in seeking and not seeking mental health services by male people. A qualitative survey was carried out, with data collection via an online questionnaire, which obtained 227 valid responses. The results indicate that: i) most respondents have already used some mental health services; ii) part of the respondents associates psychological counseling with the cure of diseases and does not take into account the preventive and health promotion aspect; iii) participants find it difficult to ask for help and to externalize their vulnerability; iv) participants consider informal conversations with friends and self-help books as substitutes for psychotherapeutic follow-up. These results suggest the need to create interventions aimed at raising the awareness of the male public about the importance of actions for the promotion and maintenance of mental health.

Keywords: mental health, men's health, mental health services, masculinity

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Administração com ênfase em Análise Organizacional. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba — PR, Brasil. *E-mail:* carolina.walger@ufpr.br

² Psicóloga graduada pela Universidade Positivo. *E-mail:* arianesantosoficial@gmail.com

³ Psicóloga graduada pela Universidade Positivo. *E-mail:* larigulin@gmail.com

Submetido em: 14/07/2022. Primeira decisão editorial: 14/07/2022. Aceito em: 27/09/2022.

Introdução

Os conceitos de saúde e doença são construídos histórica e socialmente. De acordo com Arantes et al. (2008), em tempos mais remotos a magia e a religião se encarregavam de explicar e solucionar as patologias que assolavam a população. Posteriormente, o modelo biomédico torna-se central e atribui somente ao corpo e à fisiologia as causas das doenças, explicando de forma restrita os processos de adoecimento e adotando um padrão de funcionamento normal ou patológico para o corpo humano. A doença era então vista como um mau funcionamento de um órgão ou parte do corpo, que demandava intervenção médica com o uso de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos (Arantes et al., 2008).

Gaino et al. (2018) argumentam que a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946 – de que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade –, foi inovadora e ambiciosa ao expandir a noção de saúde para os aspectos físicos, mentais e sociais. Para os autores, em que pese as críticas que tal conceito recebeu, foi a partir dessa proposição que um novo paradigma emergiu, o da saúde como produção social, contemplando ações integrativas e não apenas higienistas.

Conforme Arantes et al. (2008), na década de 1970 ganham força as tentativas de construir e operacionalizar conceitos de saúde que ampliassem a perspectiva biomédica. É nesta inflexão que se expandem os discursos e práticas de promoção de saúde, entendidas como ações que asseguram bem-estar, autonomia e produtividade (social, afetiva, política e cultural), cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelos indivíduos, Estado e sociedade civil organizada. A promoção da saúde representa uma nova estratégia no âmbito da saúde e no campo social, envolvendo e fomentando a responsabilidade dos diferentes setores de governo na condução de processos voltados para o empoderamento, para a autonomia das comunidades e dos indivíduos, e para a atuação sobre os determinantes sociais da saúde (Arantes et al., 2008).

Assim, os cuidados integrais com a saúde passam a envolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, controle dos fatores de risco e intervenção para o tratamento. De acordo com a Política Nacional de Promoção de Saúde de 2006 (Brasil, 2010), os objetivos das estratégias de promoção de saúde são: promover a qualidade de vida e saúde; reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde; favorecer a preservação do meio ambiente e prevenir doenças e agravos à saúde.

Para Gaino et al. (2018), o termo “bem-estar”, presente na definição da OMS, é um componente do conceito de saúde e de saúde mental, sendo considera um constructo subjetivo e influenciado pela cultura. Nessa perspectiva, Gaino et al. (2018) explicam que a OMS define saúde mental como um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos e trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade. No entanto, o predomínio da visão psiquiátrica e dos transtornos mentais acabam por não valorizar os componentes de bem-estar, qualidade de vida, cidadania e inclusão social na dimensão da saúde mental (Gaino et al., 2018).

A relação dos indivíduos com os cuidados em saúde e com o adoecimento sofre influência de questões históricas, sociais e culturais, sendo uma delas a questão de gênero. Para Pedrosa e Zanello (2016), as normas regulatórias de gênero influenciam a maneira como cada um dos gêneros experiencia os processos de saúde-doença, não sendo possível separar os estudos sobre sofrimento mental dos estudos sobre gênero.

Villela et al. (2020) explicam que o termo “gênero” emerge como uma ferramenta analítica para explicar a dinâmica social que produz e naturaliza a opressão e a dominação das mulheres, assim, construídas como opostas e hierárquicas, as ideias de feminilidade e masculinidade organizam as práticas cotidianas e marcam as subjetividades de mulheres e homens, determinando maneiras de pensar, sentir e agir em uma dada sociedade. Zanello et al. (2015) explicam que o gênero pode ser compreendido como uma *performance* que se dá pela repetição estilizada de atos que se cristalizam e

criam um estereótipo. Para as autoras, os atributos de gênero foram construídos socialmente e reafirmam valores hegemônicos que forçam os sujeitos a se adaptarem a uma estrutura social binária que diferencia o que é ser homem e o que é ser mulher. Nesse sentido, como argumenta Butler (2003), o gênero não se constitui de maneira coerente e consistente nos diferentes contextos históricos, visto que são identidades constituídas discursivamente em intersecção como aspectos políticos e culturais. Para Butler (2003), o gênero não é o resultado causal do sexo biológico, o gênero se constitui de significados culturais independentemente do sexo biológico.

Louro (2000) argumenta que os caminhos pelos quais se torna mulher ou homem são sugeridos, anunciados e promovidos socialmente. Dito de outra forma, a inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – é feita no contexto de determinada cultura e as identidades de gênero são compostas e definidas nas relações sociais (Louro, 2000). Assim, o aprendizado sobre o que é ser homem ou mulher perpassa diferentes instâncias sociais (como a família, a escola, a mídia, a igreja), as quais realizam um investimento de forma articulada em busca de fixar as identidades tidas como normais (hegemônicas), disciplinando uma masculinidade dura, forjada no esporte, na competição e na violência consentida e uma feminilidade dócil, discreta, gentil, obediente e subserviente (Louro, 2000).

Importante frisar que os estereótipos de gênero favorecem desigualdades e sustentam a relação de poder entre os gêneros, impondo às mulheres padrões de feminilidade que se conectam com a passividade e o silenciamento e aos homens padrões de masculinidade dominante, forte e racional (Pedrosa & Zanello, 2016). Contudo, conforme Connell e Messerschmidt (2013), ainda que se considere uma masculinidade hegemônica normativa, é necessário considerar múltiplas formas de expressão de masculinidades, visto que as práticas relacionais de gênero e de poder sofrem inflexão de outros eixos que constituem a identidade dos sujeitos, como os marcadores sociais de classe, raça, etnia, geração, sexualidade, entre outros.

A perspectiva do cuidado tem sido associada aos conceitos de feminino, sendo preterida pelos homens, que acabam assumindo práticas de risco

como significantes para o estabelecimento da reputação masculina, como indicado por Connell e Messerschmidt (2013). Villela et al. (2020) argumentam que a potencialidade da categoria gênero foi incorporada no campo da saúde pública dada a sua potencialidade para analisar processos de produção de desigualdades sociais e suas consequências para a saúde, havendo evidências de diferenças nos perfis de morbimortalidade entre homens e mulheres, nos seus comportamentos em relação à saúde e à doença e à procura e utilização dos serviços de saúde.

Dados do Ministério da Saúde do ano de 2007 (Alves et al., 2011) corroboram com esta perspectiva, apontando que as mulheres realizaram cerca de 17 milhões de consultas preventivas no ano, enquanto os homens fizeram apenas 2,7 milhões. Da mesma forma, dados apresentados por Levorato et al. (2014), em um estudo transversal realizado com 320 pessoas em serviços de saúde de Ribeirão Preto — SP, apontaram que mulheres buscaram atendimentos quase duas vezes mais quando comparado ao público masculino. Couto et al. (2010) apresentam relatos de profissionais da saúde reforçando a baixa assiduidade masculina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a alta resistência do público às iniciativas e convites para comparecimento ao local de prestação de serviços, faltando constantemente às consultas marcadas e não seguindo o tratamento conforme o esperado.

Couto et al. (2010) argumentam que há diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao motivo da procura por serviços de saúde, sendo que as mulheres buscam mais atendimentos de prevenção e exames de rotina do que os homens – 40,3% e 28,4% respectivamente. Para Gomes et al. (2007) e Albuquerque et al. (2014), o imaginário quanto às masculinidades aprisiona o homem em questões culturais enraizadas que dificultam a adoção de práticas de autocuidado, como: o medo da descoberta de uma grave doença, o receio de expor uma fragilidade, a vergonha sentida pelos homens ao expor o próprio corpo ao profissional de saúde, a percepção de se colocar como passivo diante dos atendimentos. Assim, o público masculino acaba exposto a riscos em decorrência de automedicação e da evolução das doenças (Levorato et al., 2014).

Segundo Arantes et al. (2011), são diversas as variáveis que exercem influência nesse comportamento evitativo masculino, tais como: i) imaginário social; ii) jornadas de trabalho incompatíveis com os horários dos serviços de saúde; iii) indisponibilidade de tempo; iv) medo de que a revelação de um problema de saúde e a necessidade de ausentar-se para tratamento médico possa prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho; v) falta de recursos financeiros; vi) precarização dos serviços de saúde pública; vii) falta de escolarização e informação dos usuários; viii) composição das equipes de saúde, majoritariamente formada por mulheres.

Os transtornos mentais são um dos principais desafios na agenda de saúde, constituindo um ônus importante para os serviços públicos. Como exposto por Mellis (2019), no contexto brasileiro, a depressão é a doença psiquiátrica de maior prevalência, sendo 20% a estimativa de pessoas que tiveram, tem ou ainda terão a doença. 5,8% dos brasileiros sofrem de depressão, totalizando a maior taxa da América Latina. A ansiedade afeta 9,3% dos brasileiros, fazendo com que o Brasil ocupe o primeiro lugar no *ranking* dos países mais ansiosos do mundo. Ao acompanhar esses dados, o público masculino apresenta prevalência superior em patologias como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno por Uso de Álcool, Transtorno do Jogo, Transtorno de Personalidade Antissocial, Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva (TOC), entre outros. Já em relação ao suicídio, cerca de 76% do total das ocorrências registradas refere-se a homens (Mellis, 2019).

Um estudo conduzido por Minayo et al. (2012) a respeito do suicídio entre homens idosos no Brasil, traz o dado de que a perda de *status* que o trabalho ou o emprego confere é uma das problemáticas centrais dessa população. Diante da aposentadoria, o homem perde seu papel social e também sua identidade e o sentido da vida. Entre a maioria dos casos de suicídio, estavam implicadas questões de honra relacionadas às masculinidades e ao abalo de uma autossuficiência financeira, trazendo à tona os estereótipos de gênero e a construção de gênero como uma variável de grande importância e influência na saúde mental masculina.

Ainda sobre a relação entre gênero e saúde mental, Rabasquinho e Pereira (2007) apontam que as pesquisas tentam relacionar a maneira como a construção psicossocial dos sujeitos, homem e mulher, influencia a expressão da saúde mental. Em geral, as mulheres sentem-se mais confortáveis em ter a vulnerabilidade exposta e por isso pedem ajuda, enquanto os homens comumente interpretam a doença e outras dificuldades como sinal de fraqueza. Santos (2009) explica que o adoecimento se torna sinônimo de fracasso social, é pouco tolerado pela sociedade e deixa no homem um temor em relação ao estigma quanto ao transtorno mental, além da sensação de incapacidade de cumprir com seu papel de provedor e chefe da família.

No Brasil, diversos programas públicos e privados têm sido desenvolvidos ao longo da história com foco nos cuidados com a saúde, tanto física quanto mental. De modo geral, é possível perceber a predominância de ações de saúde voltadas especificamente ao público feminino. Segundo Carrara et al. (2009), a partir dos anos 1930, medidas especiais direcionadas às mulheres começaram a surgir no país, com programas voltados à saúde materno-infantil e contracepção. Já o público masculino, apesar de apresentar um histórico de baixo engajamento em relação aos cuidados com a saúde, recebeu atenção especial de forma tardia: constata-se que apenas no início do século XXI passaram a ser implantadas políticas voltadas para a assistência à saúde do homem.

Para Carrara et al. (2009), os dados em relação à saúde masculina são preocupantes e justificam um cuidado especializado, visto que os homens são mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, principalmente às enfermidades crônicas e graves, ocasionando a morte precoce. Contudo, os homens, de maneira geral, não se inserem no sistema de saúde por meio do serviço de atenção primária como comumente ocorre com as mulheres, mas sim por meio de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, o que denota uma busca tardia por atendimento (Carrara et al., 2009).

Na tentativa de explicar a resistência masculina à atenção primária, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH)

de 2008 (Brasil, 2008), apresenta uma série de pesquisas qualitativas que trazem à tona razões que se dividem em dois tipos de determinantes: as barreiras institucionais e as barreiras socioculturais. As barreiras institucionais se referem à dificuldade de acesso dos homens aos serviços assistenciais. As barreiras socioculturais estão relacionadas a diversos fatores, como estereótipos de gênero, crenças, valores e características culturais do que é ser masculino. Compreendendo as necessidades existentes, na primeira versão do PNAISH em 2008, foram apresentados argumentos que colocam a saúde do homem como uma prioridade do governo, e que a política implementada vem acompanhada da ideia de traduzir um anseio da sociedade, ao reconhecer que os agravos de saúde do homem se constituem como problemas de saúde pública.

Diante das evidências a respeito da baixa participação masculina junto aos serviços de promoção, prevenção e tratamento de saúde no Brasil, é possível pressupor que também há negligência desta população quanto aos cuidados em saúde mental. Portanto, a presente pesquisa sustentou-se na pergunta: quais razões estão envolvidas na procura e não procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino?

O objetivo geral da pesquisa consistiu em identificar quais fatores estão envolvidos na procura e não procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino. Como objetivos específicos, considerou-se i) caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa; ii) identificar a procura por serviços de saúde mental por parte dos participantes da pesquisa; iii) mapear razões para a procura e para a não procura por serviços de saúde mental por parte dos participantes da pesquisa.

A relevância do presente estudo repousa na compreensão de que os homens são vulneráveis em termos de saúde, tendo em vista que, de acordo com dados de 2019 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019) e do Ministério da Saúde (MS, s.d.), são líderes em comportamento de risco, atuando como protagonistas em crimes de homicídio, acidentes de trânsito, suicídio e prevalência de alguns Transtornos Mentais. Portanto, a não procura por serviços de saúde mental por

parte das pessoas do gênero masculino, além de gerar sofrimento ao próprio sujeito, impacta na vida das pessoas com quem ele convive, provoca custos sociais e econômicos, e sobrecarrega os sistemas de saúde e de segurança pública. Dessa forma, o estudo proposto tem como potencial gerar indicativos para estratégias eficazes em saúde mental voltadas à população masculina, contemplando ações de conscientização, autorresponsabilidade e dissolução de estereótipos sociais.

A partir do exposto nesta introdução, apresentam-se na sequência os detalhes dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Posteriormente, serão apresentados os resultados da pesquisa e a discussão deles, a partir do referencial teórico adotado. Por fim, nas considerações finais, serão evidenciadas as principais conclusões deste estudo, com as impressões baseadas nos dados obtidos e com recomendações para estudos futuros.

Procedimentos Metodológicos

Partindo do objetivo de identificar quais fatores estão envolvidos na procura e não procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, por meio de um levantamento *on-line*. Dentre os participantes, considerou-se como critérios de inclusão: pessoas que se identificam como do gênero masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, brasileiros, residentes no Brasil. O estudo contou inicialmente com um total de 248 respostas. Porém, parte destes respondentes não atenderam aos pré-requisitos estabelecidos e foram eliminados da amostra. Ao final da etapa de coleta de dados, totalizou-se 227 participantes com respostas válidas.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário *on-line* autoaplicável, disponibilizado na plataforma Google Forms. O questionário foi composto por 23 perguntas, sendo 14 perguntas fechadas e nove abertas. As 24 perguntas foram divididas em cinco blocos, assim organizados: i) perguntas de checagem para verificar os critérios de inclusão e exclusão dos participantes na pesquisa; ii) coleta de dados sociodemográficos

para caracterização dos participantes; iii) verificação dos conhecimentos sobre os serviços de atenção à saúde mental; iv) mapeamentos das razões para a procura ou não procura dos serviços de atenção em saúde mental; v) finalização do questionário.

Para a efetivação da pesquisa, o primeiro passo consistiu na submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa para avaliação. Apenas após a aprovação do projeto é que os próximos passos foram dados. Em um segundo momento, o questionário *on-line* foi testado pelas pesquisadoras. Neste piloto, o endereço eletrônico foi compartilhado com cinco pessoas da rede de contatos das pesquisadoras, com o intuito de levantar dados importantes para a aplicação efetiva do questionário. Com este teste foi possível obter um tempo médio para as respostas, assim como um *feedback* em relação às questões elaboradas. Esta etapa também garantiu a verificação da programação do formulário, permitindo avaliar se estava funcionando corretamente, gerando os dados necessários para a pesquisa. Os dados coletados na etapa piloto não foram inseridos na amostra, visto que justificaram alterações em algumas perguntas do questionário.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética (CAAE 32782920.9.0000.0093) e etapa piloto, o endereço eletrônico para acesso ao questionário *on-line* foi divulgado em meio digital, como redes sociais e aplicativos de trocas de mensagens, objetivando alcançar o maior número possível de respondentes por meio do compartilhamento entre as pessoas. O *link* para acesso à pesquisa ficou disponível pelo período de 30 dias, entre os meses de agosto e setembro de 2020.

Os interessados em participar, ao acessar o endereço eletrônico do questionário, tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por meio do TCLE, receberam informações sobre as pesquisadoras, objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e assistências previstas. Ainda, foram informados sobre a garantia de sigilo e privacidade quanto às informações prestadas e a não necessidade de identificação pessoal. Por fim, tendo em vista o caráter voluntário da participação, foram questionados quanto ao aceite ou não para participar. Após o aceite, o acesso ao questionário foi liberado para o participante.

Após a etapa de coleta de dados, as informações levantadas foram tabuladas em vista de possibilitar a análise crítica dos resultados. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 1979). Seguindo as recomendações quanto às três fases da análise de conteúdo, primeiramente foi realizada uma pré-análise das respostas de forma que as pesquisadoras pudessem ter uma visão macro das informações. O segundo passo consistiu na criação de categorias obtidas a partir da exploração do material disponível, com a devida tabulação das informações. Por fim, o resultado foi interpretado à luz da literatura para a elaboração do relatório final da pesquisa.

Resultados

Nesta seção, os resultados da pesquisa serão apresentados seguindo a subdivisão proposta na coleta de dados: inicialmente, serão expostos os dados sociodemográficos responsáveis por caracterizar os respondentes. Em seguida, serão demonstrados os dados referentes ao conhecimento do público em relação aos serviços em saúde mental. Posteriormente, serão descritos os resultados das perguntas abertas, cujo objetivo foi mapear as razões para a procura ou não procura dos serviços de saúde mental por parte das pessoas do gênero masculino participantes da pesquisa. Por fim, serão apresentadas algumas relações estabelecidas entre dados, na busca de explicações para os achados da pesquisa. Os resultados serão discutidos na seção subsequente.

Dados Sociodemográficos

O estudo contou com um total de 227 participantes. A faixa etária de maior prevalência entre os respondentes foi a de jovens adultos, com idade entre 18 a 27 anos (39%), seguida pela faixa de 28 a 37 anos (33%), posteriormente a faixa de 38 a 47 anos (9%), 48 a 57 anos (5%), e acima de 58 anos (7%). Em relação ao *status* de relacionamento, 40% declararam-se solteiros, 32% casados e 28% namorando. Desses, 75% não possuem filhos e 25% afirmaram ter um filho ou mais.

Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte dos respondentes (61,7%) tem Ensino Superior completo – com ou sem pós-graduação, 28,6% tem Ensino Superior incompleto e 9,7% Ensino Médio

completo. A área de formação de maior prevalência entre os participantes da pesquisa é a área de Humanas, com 51%; em segundo lugar, a área de Exatas, com 43%; em terceiro lugar, a área de Biológicas, com 4%, seguida pela categoria “outros”, somando 2%. A categoria “outros” é representada por respostas vagas dadas pelos participantes, tais como “Doutorado”, “Mestrado”, impossibilitando a identificação da área de formação.

Quando questionados se estavam trabalhando no momento em que respondiam a pesquisa, 75% afirmou que sim e 25% que não. Já no que se refere à área de atuação, os dados foram categorizados da seguinte forma: i) 30% na área de Sociais e Humanas (advogados, professores, administradores, atendimento ao público); ii) 27% na área de Exatas (engenharias, informática, TI, analistas de sistemas, área fiscal e financeira); iii) 10% na área de Comunicação e Informação (jornalista, repórter, coordenador de mídia, fotografia, arte, *design*, desenho técnico); vi) 5% na área da Saúde (médicos e psicólogos); v) 4% na área Militar (bombeiro); vi) a categoria “outros” corresponde a 23% dos respondentes e inclui respostas vagas, como “estagiário”, “empresário”, “diretor”, impossibilitando a identificação da área de atuação.

No que se refere à renda familiar, 33% dos respondentes se enquadram na categoria com renda mensal superior a 10 salários mínimos; 28% relatou ter renda entre cinco e 10 salários mínimos; 19% estava na faixa de um até três salários mínimos por mês; 16% de três a cinco salários mínimos; 3% com até um salário mínimo por mês e 1% dos entrevistados declarou-se sem renda. Por fim, quando questionados a respeito de possuírem ou não um psicólogo em sua rede de relacionamento pessoal, 60% dos participantes responderam que possuíam e 40% que não possuíam.

Diante do exposto, quanto ao perfil dos respondentes, observa-se predominância de homens jovens adultos (72% entre 18 e 37 anos) que estão em algum relacionamento, de namoro ou casamento (60%), sem filhos (75%), com emprego (75%) e com renda superior a cinco salários mínimos (28%) ou superior a 10 salários mínimos (33%). Ainda, prevalecem respondentes com Ensino Superior

completo (62%), com formação (51%) e/ou atuação (30%) na área de Humanas e que possuem psicólogos na sua rede de relacionamento (60%).

Serviços em Saúde Mental

No segundo bloco de perguntas, as questões foram relacionadas aos serviços em saúde mental. Em relação ao conhecimento a respeito de quais são os serviços de atenção à saúde mental, a maior parte dos participantes (66%) afirmou não conhecer quais eram os serviços existentes, já os 34% restantes declararam ter conhecimento dos serviços para atenção à saúde mental.

Posteriormente, os respondentes foram questionados de forma aberta sobre quais seriam esses serviços. Um total de 191 itens foram citados pelos participantes. “Psicólogo” foi o serviço mais citado, com 68 respostas, seguido por “Psiquiatra”, com 35 respostas, e “SUS” (que agrupou as respostas SUS, CAPS, UPA, UBS e SAMU), com 31 respostas. Os demais serviços citados foram: “Terapia” (12); “Grupos de Apoio” (7); “Terapia Ocupacional” (5); “Psicanálise” (3); “Unidades de Acolhimento” (3); “Assistência Social” (3); “Comunidade Terapêutica” (3). Alguns serviços foram citados duas vezes cada: neurologia, psicopedagogo, serviço de residência terapêutica. Outros serviços foram citados apenas uma vez cada: ambulatórios multiprofissionais de saúde mental; clínicas de reabilitação emocional; hospital dia; sala de estabilização. Por fim, 10 itens foram agrupados em uma categoria “outros”, visto estarem afastados das práticas típicas da saúde, podendo ser enquadrados em atividades de lazer e bem-estar, como: meditação, cultura, lazer, música, recursos humanos em empresas.

Em questão posterior, os participantes podiam assinalar em um conjunto de opções quais itens consideravam serviços de atenção em saúde mental. O item “Consulta com Psicólogo” foi o mais escolhido (com 214 respostas), seguido de “Psicoterapia” (com 201 respostas), “Consulta ou tratamento com médico psiquiatra” (190 respostas), “CAPS — Centro de Atenção Psicossocial” (com 154 respostas) e “Hospital Psiquiátrico” (141 respostas).

Ainda foram considerados: “Clínica de Reabilitação para Dependentes Químicos” (133 respostas); “Comunidade Terapêutica” (125 respostas); “Unidades de Acolhimento” (99 respostas); “Consulta ou Tratamento com Médico Neurologista” (77 respostas) e “Hospital Dia” (36 respostas).

A respeito da busca por atendimento nos serviços relacionados à saúde mental, 141 participantes afirmaram já ter realizado consulta com psicólogo, 69 declararam já ter realizado psicoterapia, 68 deles nunca procurou este tipo de serviço, 56 já consultaram ou fizeram tratamento com médico psiquiatra, 23 participantes já consultaram ou fizeram tratamento com médico neurologista, 10 já participaram de grupos de apoio (como grupo de Tabagistas, Alcoólicos Anônimos, grupos de saúde mental), três já frequentaram comunidades terapêuticas, dois já buscaram atendimento em hospital psiquiátrico, dois já procuraram o CAPS e um já procurou alguma unidade de acolhimento. Além das alternativas dispostas aos participantes, surgiram respostas relacionadas à busca por Clínico Geral, Acupuntura e Ayahuasca, sendo uma resposta para cada uma delas. Do total de participantes, 68 alegam nunca ter recorrido a nenhum tipo de serviço em saúde mental, o que representa 29,95%.

Como se verifica, em relação à procura por serviços em saúde mental, a maioria dos participantes desta pesquisa, representados por 70%, já procuraram algum tipo de atendimento; desses, parte significativa se consultou com psicólogo e realizou psicoterapia. Uma minoria, representada por 30% dos participantes, afirmou que nunca procurou por nenhum tipo de atendimento.

Razões para a Procura e Não Procura por Serviços em Saúde Mental

O terceiro grupo de perguntas tinha como foco o mapeamento das razões para a procura ou não procura por serviços de saúde mental. Em relação às razões para a procura por esses serviços, os participantes indicaram a incidência de transtornos mentais como justificativa para um atendimento psicológico, tais como ansiedade (28), depressão (28), estresse (7) e pânico (4).

Além destes, também surgiram outras justificativas para a procura de atendimento: encaminhamento (24), autoconhecimento (16), questões familiares (8), luto (4), problemas de relacionamento (4), trauma (3) e outros (34).

Foram categorizadas como “encaminhamento”, situações em que o participante havia procurado os serviços psicológicos por uma demanda externa, como se observa nos relatos: “o colégio sugeriu que eu procurasse”; “procurei atendimento, pois minha esposa pediu”; “fui ao psicólogo quando minha mãe me levou quando eu era criança” etc. As respostas alocadas na categoria “autoconhecimento” trouxeram este termo no relato e/ou afirmações como “busquei terapia para me conhecer melhor”. Em relação à categoria “questões familiares”, foram reunidas as respostas que traziam conteúdos como “relacionamento difícil com pais”, “problemas com os filhos” etc. Na categoria “luto”, foram agrupados relatos que tratavam deste processo, seja no término de um relacionamento ou na saída de um emprego importante. A categoria “problemas de relacionamento” reuniu respostas que continham estes termos, assim como a categoria “trauma”, que abarcou relatos que traziam esta palavra, com ou sem a exemplificação da vivência traumática. Por fim, a categoria “outros” foi denominada para representar as respostas vagas dadas pelos participantes, como “Não me sentia bem”, “Problemas na adolescência”, “Solução de conflitos” etc.

A respeito das razões para a não procura por serviços de saúde mental, as respostas apresentadas como justificativa foram: desinteresse (40), preciso, mas nunca procurei (9), falta de tempo (6), recebo a ajuda de amigos (5), o serviço é caro (5) e medo (2).

A categoria “desinteresse” reuniu respostas com conteúdos como: “nunca precisei”, “nunca senti necessidade” etc. A categoria “preciso, mas nunca procurei” foi criada para abarcar relatos de participantes que reconheciam a necessidade, mas que por algum motivo desconhecido não haviam procurado, como por exemplo “teimosia em tentar resolver os problemas por conta própria”, “estou naquela quero e preciso ir” etc. As categorias “falta de tempo”, “recebo ajuda de amigos”, “serviço caro” referem-se a relatos expressos com esses motivos e palavras. A categoria “medo” agrupou respostas,

como “medo” e “não quis trazer mais problemas pra dentro de casa”.

Na questão na qual os participantes foram convidados a citar uma situação futura, hipotética, que os levaria a buscar atendimento em algum serviço de saúde mental, foram novamente citados alguns transtornos mentais, como depressão (60), estresse (29), ansiedade (29), vícios (5) e pânico (4).

Além dessas razões, outras respostas foram categorizadas da seguinte forma: i) “situações de crise” (25) – reuniu respostas com conteúdos como “algum sintoma”, “qualquer situação mais pesada”, “doenças” etc.; ii) “promoção de saúde mental” - conteúdo voltado a manutenção de equilíbrio emocional, com respostas como “viver com saúde” e “melhoria na qualidade de vida”; iii) “Mudança de comportamento” – respostas com afirmações de que procurariam pelos serviços se percebessem alguma alteração de humor, de personalidade ou de comportamento, ou se recebessem um *feedback* das pessoas próximas sobre tal mudança; iv) “Insônia” – relatos que elencaram distúrbios do sono como gatilho para a procura de um serviço em saúde mental; v) “Problemas Profissionais” – possíveis dificuldades no emprego ou mesmo da ordem da orientação profissional; vi) “outros” – categoria criada para representar as respostas vagas dadas pelos participantes, tais como “Qualquer situação”, “Cansaço mental”, “Aconselhamento” etc.

Por fim, os participantes deveriam avaliar seu estado de saúde mental e a necessidade de busca por atendimento. O estado de saúde mental dos participantes da pesquisa, atribuída por eles por uma nota de 0 a 10, sendo 0 a menor nota e 10 a maior nota, teve a seguinte distribuição: Nota 7 (29,5%), Nota 8 (25,6%), Nota 6 (12,3%), Nota 9 (11,5%), Nota 10 (9,3%), Nota 5 (5,7%), Nota 4 (4,4%), Nota 3 (1,3%) e Nota 1 (0,4%).

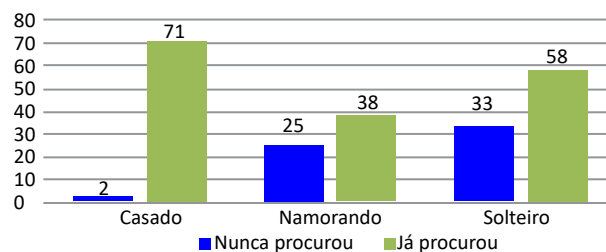
Em relação à auto percepção da necessidade de buscar atendimento em saúde mental, 30% relatou “concordar parcialmente” sobre ser necessário um auxílio em saúde mental no momento; 26% “concordou totalmente”; 12% “discordou parcialmente”; 15% “discordou totalmente” e 17% declarou “não concordar, nem discordar”.

Relações entre dados

Em busca de provocar possibilidades de reflexões, foram realizados alguns cruzamentos entre dados da pesquisa. Uma dessas relações foi entre *status* de relacionamento dos participantes e a procura por serviços em saúde mental, a qual indicou que homens em relacionamentos fixos (casados ou namorando) buscaram mais por atendimentos (representando 65,5% do total), contra 34,5% dos homens solteiros, como ilustrado no Gráfico 1. Ao concentrar o olhar exclusivamente sobre o grupo de homens casados, 97% deles já procuraram pelos serviços relacionados à saúde mental, contra 3% que nunca procurou.

Gráfico 1

Relação entre status de relacionamento e a procura por serviços de saúde mental



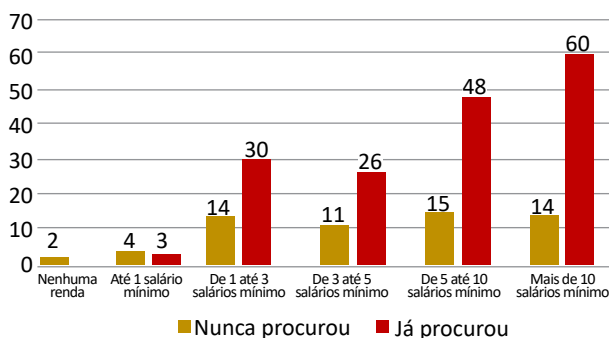
O *status* de relacionamento (ou problemas de relacionamento) também se apresenta como uma das razões para a procura por psicoterapia, como se evidencia no seguinte relato: “Minha esposa tem transtorno de personalidade *Borderline*, e isso me afeta bastante por não saber lidar com isso, mas fiz apenas uma consulta com o mesmo psicólogo que atende ela e não me senti bem, então não fui mais”.

Outra relação estabelecida foi entre renda familiar dos participantes e a procura por serviços em saúde mental. É possível observar que os participantes com maior ganho financeiro são os que mais procuram por serviços em saúde mental. Como representado no Gráfico 2, no grupo cuja renda é superior a 10 salários mínimos, 81% já procurou por serviços de saúde mental, contra 19% que não procurou. No grupo com renda entre cinco e 10 salários mínimos, os percentuais caíram para 76% que já procurou e 24% que nunca procurou. No grupo com renda entre três e cinco salários

mínimos, os dados indicam que 70% procurou e 30% não procurou e, de forma semelhante, no grupo com renda entre um e três salários mínimos, 68% já procurou e 32% não procurou. Já no grupo com renda de até um salário mínimo, a relação entre procura e não procura se inverte e 43% já realizou algum atendimento, enquanto 57% não. Por fim, as pessoas que não possuíam renda não procuraram por esse tipo de serviço. Essa informação é corroborada por algumas respostas coletadas nas perguntas abertas, que apontam o custo das consultas como uma das razões para a não procura por serviços em saúde mental.

Gráfico 2

Relação entre renda familiar e a procura por serviços de saúde mental



Tendo em vista os resultados aqui demonstrados, na próxima seção será apresentada a análise e discussão dessas informações, à luz do referencial teórico de base.

Discussão

A partir dos resultados anteriormente apresentados, a presente seção tem como finalidade analisar e discutir os principais pontos revelados pela investigação. Para tanto, alguns resultados foram observados tendo em vista o referencial teórico de base.

Um primeiro ponto a ser destacado refere-se ao perfil dos respondentes. Como indicado na seção de Resultados, trata-se de um recorte da população, que indica pessoas jovens, com alto nível de instrução, com acesso a informação, emprego e renda, além de formação na área de humanas e proximidade com o trabalho do psicólogo. Tais características podem favorecer o nível de conhecimento quanto às questões

relacionadas à saúde mental e explicar parte dos resultados da pesquisa. Como apontam Connell e Messerschmidt (2005), as masculinidades sofrem inflexão de outros eixos que também constituem a identidade dos sujeitos, como os marcadores sociais de classe, raça, etnia, geração, sexualidade, entre outros. Assim, conforme recomendação de Separavich e Canesqui (2020), na interface gênero e saúde é necessário considerar os marcadores sociais identitários que informam a configuração de masculinidades diversas como reveladoras de comportamentos e cuidados de saúde distintos entre os homens.

Alguns dos resultados obtidos evidenciaram concordâncias e outros discordâncias em relação à literatura. Um dos pontos de concordância foi o desconhecimento demonstrado pelo público masculino quanto à temática da saúde mental. De acordo com Passos (2019), uma pesquisa realizada pelo Ibope indicou que os homens pouco sabiam sobre tratamento e etiologia de alguns transtornos mentais. Os dados anteriormente apresentados revelam que a maior parte dos homens (66%) afirmou não saber quais são os serviços de atenção à saúde mental. Este desconhecimento também ficou evidente nos serviços citados espontaneamente pelos participantes na pergunta aberta, onde era possível listar os serviços em saúde mental dos quais tinham conhecimento. Nesta questão, além de respostas bastante difusas, surgiram elementos como: cultura, lazer, esportes, conversas com amigos e leitura de livros de autoajuda. Esse fato aponta não só para o desconhecimento quanto aos serviços de atenção à saúde mental, mas também para um equívoco, de que qualquer atividade de lazer pode promover saúde mental ou suprir os serviços especializados que possuem práticas intencionais de promoção e prevenção de saúde. Tais dados sugerem a necessidade da criação de intervenções voltadas para a conscientização do público masculino, quanto à importância das ações para a promoção e manutenção da saúde mental, visto que, de acordo com Separavich e Canesqui (2020), os homens acabam por agravar seus problemas de saúde, silenciando ou suavizando o que sentem para não demonstrar sinais de fragilidade.

Um dado importante a ser ressaltado nas respostas livres sobre os serviços de atenção à saúde mental foi a presença do Sistema Único de Saúde.

As respostas SUS, SAMU, UBS, UPA e CAPS foram agrupadas na categoria denominada “SUS”, visto que tais serviços compõem a política pública de saúde. Apesar de a pesquisa realizada por Couto et al. (2010) demonstrar que a predominância feminina é observada tanto nas atividades quanto no espaço físico das UBS (salas de espera, filas, grupos, áreas de circulação etc.), os homens participantes da presente pesquisa evidenciaram conhecer essa possibilidade de atendimento. Contudo, o fato de os respondentes conhecerem os serviços ofertados pelo SUS não permite a inferência de que eles recorram a esses serviços ou busquem auxílio nesses equipamentos.

Embora o estudo que aqui se debate tenha considerado a possibilidade de que os homens buscam pouco por serviços em saúde mental, os dados revelaram o contrário. Em relação à procura por esses serviços, a maioria dos participantes desta pesquisa (70%), já havia procurado por algum tipo de atendimento. É importante considerar estes dados tendo em mente que eles são característicos da amostra desta pesquisa, a qual não reflete a realidade de toda a população masculina. Em relação ao nível de escolaridade, por exemplo, os participantes desta pesquisa apresentaram um alto grau de instrução, dado que sugere um nível de conhecimento mais elevado, o que pode justificar o resultado de alta procura por serviços em saúde mental. Por outro lado, essa informação revela a existência do sofrimento mental na população masculina. Como argumentam Silva e Melo (2021), o machismo também afeta os homens, na medida em que internalizam modelos hegemônicos de masculinidade que geram sofrimento e particularidades na expressão e no reconhecimento desses sofrimentos. Para os autores, o machismo pode se colocar, inclusive, como uma das causas e também obstáculo ao enfrentamento dos sofrimentos.

Outro dado que chamou a atenção, tal qual fora apresentado nos resultados desta pesquisa, é que a maioria dos participantes (60%) tinha psicólogos em sua rede pessoal de relacionamento. Tal informação pode estar associada a outros dois itens da pesquisa que se destacaram: consulta com psicólogo (214 respostas) e psicoterapia (201 respostas) assinalados como os principais serviços

em saúde mental procurados pelos participantes; e o fato de a psicologia ter sido o serviço mais citado espontaneamente pelos homens como um exemplo de serviço em saúde mental, superando até mesmo a psiquiatria. Esse dado vai na contramão do discurso psiquiátrico prevalente na área de saúde mental, o qual privilegia o paradigma biomédico em detrimento do paradigma da produção social de saúde (Gaino et al., 2018).

O cruzamento de alguns dados da pesquisa possibilitou algumas reflexões e interpretações. A relação entre *status* de relacionamento dos participantes e a procura por serviços em saúde mental sugere que homens casados apresentam mais demandas ou mais procura por atendimento psicológico, seja pelo momento de vida, pelos desafios inerentes ao relacionamento ou por influência das(os) parceiras(os) de relacionamento. De acordo com Alves et al. (2011), a influência do cônjuge no comportamento masculino é comum, especialmente nos relacionamentos heterossexuais em que o homens acabam tendo certa dependência de suas esposas em relação aos cuidados com a saúde. Essa característica acaba sendo um fator protetivo em relação aos riscos e agravos da saúde masculina, já que a esposa ao desempenhar o papel de cuidadora, garantiria que o homem mantivesse sua saúde em dia.

A relação entre renda familiar e a procura por serviços em saúde mental indicou que os participantes com maior ganho financeiro foram os que mais procuram por esses serviços. Ainda que o Brasil conte com um sistema público de saúde, esse cenário revela o quanto os serviços de atenção em saúde mental permanecem elitizados e não são acessíveis ou divulgados para a totalidade da população. Conforme Dantas et al. (2021), o acesso aos serviços de saúde ainda é precário para uma parcela considerável da população brasileira, com destaque para a população mais vulnerável. Os autores apontam que o acesso precário aos serviços de saúde é mais prevalente para indivíduos de cor de pele preta e parda, sem escolaridade, com idade de 18 a 24 anos, do sexo masculino e que se enquadra em estratos socioeconômicos inferiores (Dantas et al., 2021). Dantas et al. (2021) argumentam que

a população com menor nível de escolaridade e de condições socioeconômicas são aquelas com maior prejuízo no acesso aos serviços de saúde.

A pergunta aberta cujo objetivo era saber as razões para a procura por serviços de atenção em saúde mental, demonstrou que a maioria dos homens participantes da pesquisa buscou por auxílio em situação de crise, isto é, quando o estado de saúde mental já apresenta certo grau de gravidade. Mais da metade dos respondentes afirmou que pediu auxílio diante de crises de ansiedade, depressão e pânico. Esse comportamento é semelhante ao demonstrado pela literatura em relação aos tratamentos de saúde em geral, que revela a prevalência da dicotomia saúde-doença e do modelo biomédico para tratamento/cura de doenças, em detrimento da concepção de promoção de saúde. Portanto, ainda que a maioria dos respondentes já tenha feito uso de algum serviço em saúde mental, predomina a associação desses serviços à cura de doenças, visto que a busca pelo atendimento se dá quando há necessidade de tratamento de um quadro mais agravado. Dessa forma, há desconhecimento ou não adesão aos aspectos preventivo e de promoção à saúde.

Ainda referente à pergunta aberta cujo objetivo era saber as razões para a procura por serviços de atenção em saúde mental, um dado que requer atenção é que 24 respostas evidenciaram que a busca pelo atendimento se deu por encaminhamento, o que denota que muitos homens procuram ajuda apenas quando são solicitados por um agente externo, podendo indicar alguma dificuldade de iniciativa ou de autopercepção, bem como uma necessidade de ser cuidado. Essa intervenção externa é, muitas vezes, feita por mulheres, como a mãe, esposa ou namorada. A visão de autossuficiência e força inabalável, características da construção social sobre o que é ser homem, apareceu de forma recorrente em diversas falas coletadas, reforçando a importância de insistir em debates acerca da construção de gênero, possibilitando uma ressignificação do que é ser homem na atualidade. Carvalho et al. (2008) problematizam a terceirização do cuidado realizada pelos homens, apresentando construções históricas e culturais responsáveis por

esta ideia de que o cuidar seria algo restrito ao universo feminino. De acordo com as autoras, apesar da sociedade estar em constante transformação, diversos elementos mantêm os homens distantes da concepção do cuidado, sendo o público masculino muitas vezes desprovido de interesse, modelos e, por consequência, habilidades no cuidar.

Na questão aberta cujo objetivo foi identificar quais razões explicam a baixa procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino, as respostas obtidas trouxeram situações relevantes. O primeiro ponto de atenção é que a maioria dos respondentes nesse quesito afirmou que nunca precisou (40) e outros afirmaram que se consideram autossuficientes na resolução de problemas, como nos relatos: “Nunca achei que precisava de ajuda, consigo resolver muitos problemas procurando outras pessoas e na internet” e “Nunca busquei por serviços relacionados pela saúde mental, e acredito que isso ocorre pela fato de eu me achar autossuficiente. Há dias que penso em buscar estes serviços, correr atrás, mas acabo esquecendo e não dando a total atenção a essa vontade”.

O segundo ponto de atenção nas respostas à pergunta aberta quanto a não procura por serviços de atenção à saúde mental, foi a postura de dúvida a respeito do próprio comportamento evitativo. Essa posição foi expressa em relatos, como: “Não sei a razão exata (de nunca ter procurado), já teve momentos que senti necessidade de ajuda, mas nunca procurei” e “Anos atrás por não achar que precisava, hoje percebo que TODO MUNDO precisa. Estou naquela quero e preciso ir, mas não tirei o tempo ainda. Também não conheço bons profissionais”.

Esses dois pontos de atenção evidenciaram certa resistência em procurar auxílio profissional, seja pela não procura ou pela demora em procurar, como argumentado por outro respondente: “Demorei 12 anos pra procurar um psicólogo por conta própria. A demora se deu a minha relutância em assumir que precisava de auxílio profissional, mas não aguentava mais. Sentimento e pensamentos ruins estavam me levando ao suicídio”. Ainda, na tentativa de explicar essa resistência as questões históricas, sociais e culturais

sobre masculinidades emergiram, como nos exemplos: “os homens ainda são esmagados pela cultura de que homens não choram e deixam o autocuidado de lado”; “certo preconceito social”; “ainda se considera um tabu o fato da pessoa do sexo masculino buscar por auxílio psicológico”; “Acredito que exista muito preconceito e informações erradas que pesem para homens não buscarem esse tipo de ajuda (eu inclusive carregou alguns desses pré-conceitos)”.

Como é possível verificar, a não procura por serviços em saúde mental é justificada por desinteresse, comportamento evitativo, falta de tempo e o valor do serviço, o que ilustra o distanciamento do público masculino das práticas de autocuidado, evidenciando que os homens não colocam sua saúde como prioridade. De maneira semelhante, Barros et al. (2018) identificaram que as dificuldades listadas por homens para a promoção e prevenção à saúde giram em torno de: i) a rotina de atribuições prejudica a rotina de cuidados, como o tempo dedicado ao trabalho; ii) priorização de outras atividades, como o trabalho; iii) organização dos serviços de saúde, como o horário de funcionamento.

Esse achado de pesquisa revela o que já foi argumentado por Medrado et al. (2021), de que prevalece na socialização masculina, predominantemente cis-heteronormativa, a abjeção às práticas de cuidado de si e dos outros e a rejeição às práticas preventivas em saúde, dada uma distorcida matriz de percepção de risco (e certo sentimento de invulnerabilidade). E, como argumentam Silva e Melo (2021), o reconhecimento deficitário dos homens quanto ao sofrimento mental pode ocorrer, pois eles tendem a associar doença a fraqueza, gerando uma crise silenciosa. Assim, a falta de interesse pode estar diretamente ligada à falta de conhecimento do público masculino em relação a importância da exteriorização das emoções e aos benefícios de um tratamento em saúde mental para a melhora geral na qualidade de vida.

De acordo com Silva (2006), a constituição do que é ser homem passou por muitas negativas (não pode chorar, não pode ser fraco, não pode ser perdedor, não pode ser mulher e feminino) e afirmativas (ser provedor, ser macho, ser viril, ser determinado, ser líder etc.). Em contraste com as novas demandas da

modernidade, estes traços de força inabalável herdados de outras décadas geram no homem uma crise de identidade, onde é percebida uma incompatibilidade da realidade vivida com o modelo esperado pela sociedade. Tal conflito é gerador de mal-estar, um ponto bastante sensível à saúde mental masculina. Como se observa, a relação entre o homem e seus cuidados com a saúde é atravessada por questões da construção de gênero e por preconceitos. Por isso, o adoecimento ou a necessidade de ajuda são vistos como fraqueza e negados.

Considerações Finais

Tendo como objetivo identificar quais fatores estão envolvidos na procura e não procura por serviços de saúde mental por parte de pessoas do gênero masculino, a presente pesquisa analisou informações referentes a respondentes jovens, com alto nível de instrução, com acesso a informação, emprego e renda, além de formação na área de Humanas e proximidade com o trabalho do psicólogo. Identificou-se que: i) a maioria dos respondentes já utilizou algum serviço em saúde mental; ii) parte dos respondentes associa o acompanhamento psicológico à cura de doenças e não leva em consideração o aspecto preventivo e de promoção à saúde; iii) os participantes têm dificuldade em pedir ajuda e exteriorizar sua vulnerabilidade; iv) os participantes consideram conversas informais com amigos e livros de autoajuda como substitutos ao acompanhamento psicoterapêutico.

Esses resultados revelam a existência do sofrimento mental na população masculina, mas também certo distanciamento do público masculino das práticas de autocuidado, sugerindo a necessidade de criação de intervenções voltadas para a conscientização do público masculino quanto à importância das ações para a promoção e manutenção da saúde mental.

O presente estudo teve algumas limitações, como o uso de questionário *on-line*. Algumas respostas dadas pelos participantes foram superficiais, deixando em aberto o motivo por trás de comportamentos significativos, como o de apresentar relutância ao procurar ajuda, deixando algumas lacunas, que podem ser preenchidas em

estudos futuros, com uma investigação profunda voltada para a história de cada indivíduo. Além disso, para estudos futuros que envolvam os fenômenos discutidos nesta pesquisa, sugere-se o aprofundamento mais efetivo acerca da amostra principal, além da utilização e aproveitamento de alternativos métodos de pesquisa, com o intuito de obter maiores informações e justificativas que envolvam os aspectos relacionados ao cuidados com a saúde mental por parte dos homens. Uma das hipóteses apresentadas nesta pesquisa foi a de que homens com algum tipo de relacionamento afetivo apresentam mais demandas ou mais procura por atendimento psicológico, e, por isso, sugere-se maior aprofundamento com perguntas capazes de confirmar esta hipótese. Outrossim, sugere-se coleta de dados prévia com a amostra desejada e estudo com grupo focal, com o propósito de que o público investigado possa cooperar com *insights* visando aprimorar o direcionamento da pesquisa principal e alcançar resultados com maior profundidade.

Referências

- Albuquerque, G. A. et al. (2014). O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 607-614. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>
- Alves, R. F., Lima, A. G. B., Souza, F. M., Ernesto, M. V., & Silva, R. P. (2011). A saúde do homem na interface com a psicologia da saúde. In R. F. Alvez (Org.), *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 147-168). EDUEPE. <https://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926-06.pdf>
- Alves, R. F., Silva, R. P., Ernesto, M. V., Lima, A. G. B., & Souza, F. M. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(3), 152-166. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012
- Arantes, R. C., Martins, J. L. A., Lima, M. F., Rocha, R. M., Silva, R. C., & Villela, W. V. (2008). Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Revista de APS*, 11(2), 189-198. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14218>
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, C. T., Gontijo, D. T., Lyra, J., Lima, L. S., & Monteiro, E. M. L. M. (2018). Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho: relações entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 423-434. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018166057>
- Brasil. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. A. (2009). Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, 19(3), 659-678. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>
- Carvalho, A. M. A., Cavalcanti, V. R. S., Almeida, M. A., & Bastos, A. C. S. (2008). Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, 18(41), 431-444. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300002>
- Coelho, E. B. S., Schwarz, E., Bolsoni, C. C., & Conceição, T. B. (2018). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Universidade Federal de Santa Catarina. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_homem.pdf
- Connell, R. W. (1995). Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, 20(2), 185-206. <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71725/40671>

- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, 21(1), 241-282. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., 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 – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>
- Dantas, M. N. P., Souza, D. L. B., Souza, A. M. G., Aiquoc, K. M., Souza, T. A., & Barbosa, I. R. (2021). Fatores Associados ao Acesso Precário aos Serviços de Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24. 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
- Gaino, L. V., Souza, J., Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais da saúde: um estudo transversal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)*, 14(2), 108-116. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2019). *Atlas da Violência*. IPEA; FBSP. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>
- Levorato, C. D., Mello, L. M., Silva, A. S., & Nunes, A. A. (2014). Fatores Associados à Procura por Serviços de Saúde numa Perspectiva Relacional de Gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1263-1274. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
- Louro, G. L. (2000). Pedagogias da sexualidade. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte.
- Malta, D. C., Reis, A. A. C., Jaime, P. C., Morais Neto, O. L., Silva, M. M. A., & Akeerman, M. (2018). O SUS e a política nacional de promoção da saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1799-1809. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>
- Martins, A. M., Abade, F. L., & Afonso, M. L. M. (2016). Gênero e formação em psicologia: sentidos atribuídos por estudantes à saúde do homem. *Psicologia em Revista*, 22(1), 164-184. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N1P164>
- Medrado, B., Lyra, J., Nascimento, M., Beiras, A., Corrêa, A. C. P., Alvarenga, E. C., & Lima, M. L. C. (2021). Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 179-183. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
- Mellis, F. (2019, 10 de outubro). Dia da saúde mental: Brasil lidera rankings de depressão e ansiedade. *Portal R7*. <https://noticias.r7.com/saude/dia-da-saude-mental-brasil-lidera-rankings-de-depressao-e-ansiedade-10102019>
- Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2665- 2674. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>
- Ministério da Saúde. (s.d.). *Homens são os que mais morrem de acidentes no trânsito*. Recuperado em 19 de outubro de 2022, de <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45466-homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>
- Moura, R. G. (2019). A masculinidade tóxica e seus impactos na vida dos gays dentro das organizações. *Revista Ciências do Trabalho*, (13), 125-136. <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/194/pdf>
- Passos, L. (2019, 28 de agosto). Brasileiro ainda sabe pouco sobre depressão. *Veja*. <https://veja.abril.com.br/saude/brasileiro-ainda-sabe-pouco-sobre-depressao-revela-ibope/>

- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(spe), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Revista Análise Psicológica*, 3(25), 439-454. <https://scielo.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a10.pdf>
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2020). Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas-SP, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 29(2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180223>
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>
- Silva, S. G. (2006). A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), 118-131. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100011>
- Silva, R. P., & Melo, E. A. (2021). Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4613-4622. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10612021>
- Villela, W. V., Monteiro, S. S., & Barbosa, R. M. (2020). A contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre gênero e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4803-4812. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15582020>
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>