

ARTIGOS

Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial

Magda Dimenstein^I

Kamila Siqueira^{II}

João Paulo Macedo^{III}

Jader Leite^{IV}

Candida Dantas^V

Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial

RESUMO

Este trabalho objetiva trazer a contribuição da perspectiva da Determinação Social da Saúde para a produção de cuidado territorial em saúde mental. Tal perspectiva considera imprescindível a identificação da história e das particularidades dos territórios, bem como a intervenção focada nas necessidades sociais e de saúde articuladas às condições de vida. Visa, por fim, contribuir com alguns norteadores para a atuação do psicólogo no âmbito do SUS a partir de uma abordagem territorial no intuito de favorecer a qualificação técnica e ético-política para a efetivação de um trabalho culturalmente sensível, seja no contexto urbano ou no meio rural.

Palavras-chave: Saúde mental; Determinação social da saúde; Território; Psicologia.

Social determination of mental health: contributions to psychology on territorial care

ABSTRACT

The aim of this work is to bring the contribution of the perspective of Social Determination of Health to the production of territorial health care in mental health. This perspective considers that it is essential to identify the history and particularities of the territories, and that the interventions focused on the social and health should be articulated with the conditions of life. Finally it also seeks to contribute with some guiding principles for the psychologist's work within SUS (Unified Health System), starting from a territorial approach in order to favor the technical and ethical-political qualification for accomplishing a culturally sensitive work, whether in the urban context or on the countryside.

Keywords: Mental health; Social determination of health; Territory; Psychology.

Determinación social de la salud mental: contribuciones a la psicología en el cuidado territorial

RESUMEN

Este trabajo objetiva discutir la contribución de la perspectiva de la Determinación Social de la Salud para la producción del cuidado territorial en salud mental. Tal perspectiva considera esencial identificar la historia y peculiaridades de las regiones, así como la intervención centrada en las necesidades sociales y de salud articuladas a las condiciones de vida. Tiene como objetivo, por último, contribuir con algunos orientativos para la actuación del psicólogo en su ámbito profesional desde un enfoque territorial con el intuito de favorecer las habilidades técnicas y ético-políticas para la producción de un trabajo culturalmente sensible, sea en el contexto urbano, sea en el medio rural.

Palabras clave: Salud mental; Determinación social de la salud; Territorio; Psicología.

Introdução

A inserção dos psicólogos no âmbito da Saúde Pública no Brasil está estreitamente relacionada ao movimento de Reforma Sanitária ocorrido no final dos anos 1970 e na década de 1980, bem como à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990. Isso resultou na ampliação do parque sanitário brasileiro com abertura de serviços e ações nos três níveis de atenção à saúde, com prioridade para a Atenção Primária. Consequentemente, a contribuição de diversas áreas do conhecimento, incluindo a Psicologia, passou a ser fundamental para compreender e intervir na Saúde Pública, tanto no âmbito da assistência (promoção, prevenção, reabilitação, proteção e cura), quanto na esfera da gestão e planejamento de ações programáticas e, ainda, na construção de espaços de participação e controle social.

Entretanto, o fator decisivo para a ampliação do campo de trabalho do psicólogo no SUS ocorre na saúde mental com a Reforma Psiquiátrica, que derivou no investimento em serviços extra-hospitalares de base comunitária, processo que se inicia nos anos 1990 e perdura até os dias atuais (Dimenstein, 1998; 2001; Dimenstein, & Macedo, 2012).

Nesse processo, embora se verifique ampliação paulatina das possibilidades de atuação dos psicólogos na saúde pública, destacamos como fruto de sua cultura profissional, a persistência de um *modus* individualizante e etnocêntrico de compreensão e intervenção da psicologia no processo saúde-doença-cuidado. Isso tem produzido efeitos tanto na organização do processo de trabalho e na vida cotidiana dos usuários, quanto na capacidade de produzir interferências em um cenário onde a pobreza, a desigualdade, a exclusão e a violação de direitos têm ampla visibilidade.

Esse *modus operandi*, por sua vez, não tem favorecido a produção de conhecimentos, de competências e habilidades orientadas por uma perspectiva territorial, a qual implica em considerar as múltiplas determinações e singularidades dos modos de

vida, das relações afetivas, das sociabilidades e vínculos entre sujeitos e instituições, que reverberam nas formas de adoecimento e sofrimento, bem como nas possibilidades de suporte e cuidado.

Dessa forma, objetiva-se nesse artigo discutir alguns elementos que podem contribuir para uma abordagem territorial no cuidado em saúde mental que favoreça a produção de saúde, autonomia e o exercício da cidadania. Para tanto, partimos da ótica da Determinação Social da Saúde que considera imprescindível a identificação da história, dos ritmos e particularidades dos territórios, a realização de análises situacionais das necessidades sociais e de saúde de uma população articuladas às condições de vida, seja no cenário dos grandes centros urbanos, seja no meio rural (Almeida-Filho, 2010; Fleury-Teixeira, 2009; Laurell, 1982; Nogueira, 2010; Tambellini, & Schütz, 2009).

Nessa perspectiva, trata-se de um estudo teórico ancorado em investigações já realizadas pelo grupo de autores do presente artigo em comunidades urbanas de cidades de grande porte e assentamentos de reforma agrária em estados do nordeste brasileiro. Ao final, sinalizamos a necessidade de maior investimento na qualificação técnica e ético-política dos psicólogos para a efetivação de um trabalho integral, mas localmente formulado, com força para romper com a racionalidade hegemônica e universalizante em que determinadas formas de conhecimento do mundo, práticas sociais e modos de vida são naturalizados.

Iniquidades territoriais e saúde

A Organização Mundial da Saúde (2010) considera a injustiça social como grande causa para as desigualdades que interferem direta e indiretamente nas condições de saúde e doença das populações em esfera global. Logo, abarcar as determinações sociais da saúde mostra-se como um importante desafio na formulação de políticas sociais para o enfrentamento das desigualdades, com repercussões importantes quando se trata da territorialização e integralidade da atenção em saúde mental. Nesse sentido, os fatores que condicionam as iniquidades em saúde e as necessidades dos grupos afetados pela pobreza e desvantagem social não podem ser desconsiderados.

Pobreza, neste trabalho, é compreendida em uma perspectiva multidimensional, não se restringindo à insuficiência de renda. Diz respeito ao não acesso a bens, produtos, políticas, sendo um fenômeno complexo relacionado à exclusão social, indigência, desfiliação, fragilização de laços sociais e pertencimento, violência, destruição ambiental, solidão, injustiça. Todos esses aspectos repercutem nos modos de subjetivação, na reprodução intergeracional das condições de vida e na mobilidade social (Otonelli, & Mariano, 2014).

Assim, é evidente que contextos de pobreza afetam negativamente na saúde. As políticas públicas, programas e ações não podem estar desconectadas dos aspectos sociais e econômicos da sociedade. Porém, as determinações não ocorrem necessariamente num *continuum* pobreza e más condições de saúde. Isto é, não há uma correlação rígida entre indicadores de riqueza de uma sociedade e indicadores de saúde, pois possuir um Produto Interno Bruto (PIB) elevado, por exemplo, não necessariamente garante indicadores de saúde satisfatórios (Buss, & Pellegrini-Filho, 2007).

O Brasil, por exemplo, é composto por áreas que apresentam condições extremas de desenvolvimento, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aproxima-se do melhor e do pior índice mundial. No entanto, Barcellos (2009) ressalta que a associação entre o IDH e dados estatísticos sobre a qualidade de vida com a pre-

valência e persistência de problemas de saúde não se dá de forma linear, equívoco cometido por pesquisas que enfatizam a relação direta entre indicadores sociais e indicadores epidemiológicos.

Na tentativa de escapar dessa visão linear e reducionista, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a *Asociación Latinoamericana de Medicina Social* (Alames) propõem uma substituição da expressão "determinantes sociais" para "determinação social", essa última entendida como forma de apreensão das múltiplas determinações que incidem sobre uma realidade concreta e, conseqüentemente, sobre as condições de saúde de uma coletividade. O conceito de determinação traz como pressuposto fundamental que a compreensão da saúde humana deve passar pela análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado.

De acordo com Barcellos (2009), a determinação social da saúde não envolve apenas indicadores de desigualdade social e pobreza, mas contempla também questões como presença, qualidade e acessibilidade dos/aos serviços e ações de saúde pública e a recursos comunitários, bem como compreendem como as vizinhanças se configuram, o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade.

Nesse caminho, Almeida-Filho (2009) aponta que as desigualdades em saúde estão colocadas no centro da relação entre condições de vida, recursos sociais, assistência à saúde e situação de saúde, a qual nos direciona para três grandes dimensões. A primeira dimensão seria a esfera populacional associada a uma amplitude territorial, em que se incluem dados individuais e coletivos; a segunda dimensão referente ao âmbito social micro (família, vizinhança, relações sociais etc.) e macro (classe social, estratos etc.) e uma terceira dimensão simbólica cultural relacionada aos valores e modos de vida e aos grupos étnicos. A partir desses três planos, é possível identificar a determinação das situações e condições, a produção social das práticas e a construção social dos sentidos que giram em torno da saúde e conformam as causas e efeitos da injustiça e iniquidade.

Tal perspectiva, portanto, subsidia uma compreensão dos processos saúde-doença-cuidado a partir de suas determinações, considerando aspectos relacionais e do cotidiano da vida nas comunidades. Isso requer, conseqüentemente, a elaboração de diversos níveis de intervenção. Em primeiro lugar, políticas públicas mais amplas que visam à diminuição da estratificação social. Além disso, políticas específicas de saúde fundamentadas na garantia da equidade, universalidade e integralidade, e, por fim, programas transversais de fortalecimento comunitário e aumento do capital social que valorizem os vínculos sociais e a participação popular nas tomadas de decisões acerca do planejamento e controle social das políticas públicas. Nesse sentido, precisamos reconhecer os limites de uma perspectiva unicamente fundamentada na correlação de fatores macrossociais fragmentados, a exemplo de "políticas econômicas e sociais voltadas para modificar a estratificação social ou que interfiram nas condições de exposição e vulnerabilidade de grupos sociais específicos" (Sousa, Pinheiro, Costa, Araújo, & Rocha, 2015, p. 242). Além disso, ampliar o entendimento sobre os múltiplos vetores que compõem a determinação dos processos cotidianos de adoecimento e sofrimento.

Tomando como base a perspectiva da produção social da saúde significa dizer que o campo da saúde mental é igualmente compreendido a partir de sua dimensão histórica e cultural. Ancorando-se em autores como Rocha e David (2015), "assume-se que esta é um fenômeno eminentemente humano e social, e não um fato biológico-natural, o que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada" (p. 134).

De acordo com o *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020*, publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2013), a saúde mental não é efeito apenas de componentes de ordem individual como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais, mas engloba elementos de ordem cultural, social, econômica, política e ambiental. A qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social impactam no bem-estar e na saúde mental. Em cenários de desigualdades sociais há, conseqüentemente, grupos populacionais que são mais ou menos expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais.

A contextualização do processo saúde-doença-cuidado está, dessa forma, intimamente relacionada à sua territorialização. No âmbito da saúde mental, a partir das novas diretrizes da Estratégia Atenção Psicossocial e do trabalho em redes, é imprescindível atentar para os territórios no fazer profissional. É sobre esse aspecto que iremos abordar a seguir.

Territorialização do cuidado

À luz do enfoque da Determinação Social da Saúde, torna-se fundamental a análise das condições macro e micropolíticas que compõem o cotidiano de vida das pessoas em um determinado território. Com base em Santos e Rigotto (2010), podemos dizer que:

A tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do "ambiente", da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais (p. 392).

Para tanto, toma-se o território como campo de forças heterogêneas, delimitação espacial das relações de poder, das desigualdades, no qual o substrato físico torna-se um elemento mediador ou mesmo condicionante. Configura-se, pois, como uma trama complexa entre processos sociais e espaço material, escapando à superação da dicotomia social-espacial, uma vez que o território é componente indissociável dos processos sociais e não apenas um terreno em que estes se desenvolvem.

Esse caráter intrinsecamente relacional do território lhe confere a característica de dinamismo, não se fundamenta na estabilidade ou enraizamento, mas contempla o fluxo, os movimentos, os rearranjos, as conexões. O território é caracterizado pela heterogeneidade - seja pelo crescimento populacional variado, seja pela migração cada vez mais frequente, seja por mudanças nas formas de ocupação. É o solo onde relações sociais se processam incessantemente e de forma particular, e por mais elementares ou parciais que sejam, carregam consigo elementos das relações globais e transcendem seus limites geográficos. Ou seja, cada lugar é único porque combina diversos fatores comuns de forma particular, configurando relações que não podem ser equivalentes às de outros lugares (Nogueira, 2008; Remoaldo & Nogueira, 2012; Santana, 2014).

Assim, as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde, estão fortemente relacionadas aos espaços utilizados pelas pessoas, onde circulam, vivem e desenvolvem suas atividades diárias. Uma análise dessas condições implica em um diagnóstico do contexto onde se configuram os problemas, as necessidades de saúde e projetos de futuro. Ou seja, trata-se de uma análise das "condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pes-

soas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território” (Monken, & Barcellos, 2007, p. 177).

Portanto, uma perspectiva territorial de compreender os processos saúde-doença-cuidado a partir de suas determinações aproxima-se daquilo que vem sendo denominado por “cuidados culturais”, isto é, um cuidado culturalmente sensível, congruente e competente, tal como indicado por Spector (1999). Isso torna-se mais desafiante quando consideramos a dinâmica e características dos contextos urbano e rural como veremos adiante.

Condições de vida e saúde mental nas cidades

Com o acelerado crescimento populacional em zonas urbanas, torna-se imperativo investigar e buscar compreender como as desigualdades sociais e as condições de vida nas cidades estão interligadas nessa trama complexa da determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Hoje, com grande parte da população mundial residindo nas cidades, a relação entre contextos urbanos, saúde, bem-estar e qualidade de vida vai se tornando cada vez mais complexa.

Galea e Vlahov (2005) fazem uma análise de como a vida nas cidades impacta a saúde dos habitantes a partir de três grandes categorias interligadas entre si. O ambiente físico, que envolve o desenho urbano, a infraestrutura, o ambiente construído, habitação, condições atmosféricas e climáticas, qualidade da água, parques. O ambiente social, relativo à tensão e coesão social, ao grau de suporte social, segregação espacial e desigualdades sociais. Por fim, o acesso e a disponibilidade a serviços sociais e de saúde (iniquidade na distribuição de recursos e serviços, dimensão das redes assistenciais, acessibilidade). A conexão entre esses elementos é complexa e contextual, o que dificulta generalizações. Por exemplo, o modo como grupos e pessoas encaram os estressores urbanos dependerá da associação de diferentes aspectos como condições econômicas, presença de rede de serviços e recursos e das oportunidades de acessar e se beneficiar dos recursos disponíveis.

Estudos brasileiros destacam algumas problemáticas quando se trata de desigualdades socioterritoriais e condições de saúde. A forte variação de disposição e acesso aos serviços de saúde em território urbano e metropolitano é a primeira delas. A associação entre a disponibilidade de áreas verdes (espaços públicos arborizados voltados para atividades físicas e recreativas) e a ocorrência de doenças cardiovasculares, sintomas de depressão, índices de criminalidade e vulnerabilidade social, é outra evidência trazida nas pesquisas. A relação entre o envelhecimento da população e as condições urbanas adaptadas a esse grupo geracional é outro foco de preocupação. Os estudos sobre mobilidade e acessibilidade, gestão urbana, governança, planejamento urbano das cidades e análises espaciais de vetores de doenças infecto-contagiosas e de áreas de risco da dengue, também têm sido alvo de investigações recentes (Baeninger, 2010; Furtado, Krause, & França, 2013).

Tais problemáticas acima destacadas, segundo os autores, estão relacionadas às metamorfoses da ordem urbana no Brasil e ao visível aumento da população nas cidades nas últimas décadas, mudanças que não foram acompanhadas por uma oferta adequada de infraestrutura e serviços. Isso ocasionou uma elevação na quantidade de domicílios inadequados, favelização, exclusão social, poluição atmosférica e dos corpos hídricos, desgaste do capital social, impactos na estratificação social e nas condições de trabalho etc. (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Além disso, têm-se observado no nosso país elevação no processo de periferização e uma desconcentração espacial da população com o crescimento intenso das áreas

do entorno das sedes metropolitanas e regionais nos últimos anos (Batistella, 2007). Observa-se também um aumento de tendências da chamada dualização social: diminuição do grau de mistura social, ocasionada, por um lado, pela autosegregação das camadas superiores por meio da construção de condomínios e bairros fechados e, por outro, pelo deslocamento das camadas médias e inferiores para outras localidades (Ribeiro, Rodrigues, & Corrêa, 2009). Nesse cenário, também se percebe a deterioração das redes comunitárias, da participação social e dos laços de confiança, fator que incide sobre as iniquidades em saúde.

Assim, observamos a configuração de cidades extremamente desiguais e injustas, demarcadas pela força dos interesses do capital imobiliário e uma fraca capacidade do Estado em regular e distribuir bens e serviços. Isso quer dizer que, apesar do crescimento urbano possibilitar o desenvolvimento de serviços e espaços, a urbanização brasileira carrega a forte marca da desigualdade social, da espoliação e pobreza, exclusão social e desordenamento territorial, o que ocasiona uma restrição do acesso à infraestrutura urbana, precarização das instalações sanitárias e das condições de habitabilidade, as quais vão repercutir no processo saúde-doença-cuidado (Franco-Neto, & Alonzo, 2009). Esse acelerado processo de mudanças urbanas está relacionado, para autores do campo da epidemiologia (Mendes, 2013), à transição epidemiológica pela qual passa nosso país, caracterizada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas, neoplasias, dos transtornos mentais e de mortes por causas externas (violências e acidentes de trânsito).

Em tempos de transição epidemiológica, a importância da saúde mental não pode ser escamoteada do debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde. Em primeiro lugar, porque os transtornos mentais são atualmente uma das maiores causas de morbidade, sendo previsto que a depressão seja segunda maior causa de incapacidade em 2020 e do aumento das taxas de mortalidade. Segundo, porque a saúde mental sofre os efeitos dos territórios (Santana, 2014).

Em razão disso, há inúmeros estudos (Andrade et al., 2012; Pinho, & Araújo, 2012; Rocha, Almeida, Araújo & Virtuoso Júnior, 2011) voltados ao rastreamento dos transtornos mentais comuns (TMC). Trata-se de uma terminologia vastamente utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada. Tem como principais sintomas insônia, fadiga, queixas somáticas, dificuldade de concentração “que, além de causarem intenso sofrimento psíquico, geram incapacidade funcional comparável ou até pior aos quadros crônicos já estabelecidos” (Costa, Dimenstein & Leite, 2014, p. 146). Os chamados TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente relativos à ansiedade e depressão, demonstrado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço.

Nesse sentido, Gomes (2012) destaca as determinações da saúde mental envolvendo componentes que tanto ocasionam sofrimento psíquico quanto são consequências desses problemas. O autor categoriza esses fatores em quatro domínios: as experiências individuais, a esfera das estruturas e dos recursos sociais, os valores culturais e o nível das interações sociais. É nas áreas urbanas, portanto, que encontramos os mais relevantes determinantes de saúde das populações, pois, dependendo do grau de intensidade e organização da urbanização, de coesão e capital social, de estruturação dos sistemas de saúde, do direcionamento do planejamento urbano, das variadas formas de governança e distribuição dos recursos, os habitantes das cidades podem vivenciar maior ou menor situação de vulnerabilidade aos problemas de ordem emocional.

A pesquisa recente realizada por Gonçalves et al. (2014) consiste no primeiro estudo multicêntrico no Brasil feito nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza, que analisa a proporção de prevalência TMC em usuários da atenção

primária e sua associação com fatores sociodemográficos. As quatro cidades apresentaram índices elevados de TMC, ansiedade e depressão, problemas amplamente detectados em mulheres, desempregados e entre pessoas com baixa escolaridade e/ou baixa renda, os quais apresentam maior morbidade psiquiátrica. Para os autores, as altas taxas de TMC associam-se à violência urbana generalizada e a condições socioeconômicas adversas, assim como à poluição, aos níveis elevados de ruído e à falta de áreas de lazer nas cidades brasileiras. A contribuição desse estudo é demonstrar que cada região possui suas idiosincrasias com relação aos fatores associados ao sofrimento psíquico.

Outro estudo, de cunho qualitativo e etnográfico, realizado recentemente em área urbana de uma cidade no nordeste brasileiro com o objetivo de investigar os impactos da urbanização sobre a saúde mental e bem-estar da população sob a ótica da determinação social da saúde, detectou uma série de problemas no território a partir do olhar dos moradores e das equipes de atenção primária do bairro (Almeida, 2015). Na Figura, é possível observar tais problemas articulados a diferentes níveis de determinação:

Observa-se que a forma de configuração de um território, a partir da história da produção do espaço urbano, repercute na conformação das desigualdades sociais, que, por sua vez, derivam nas iniquidades em saúde. Percebe-se que a urbanização direcionada para os interesses privados do mercado imobiliário e turístico, em detrimento de investimentos na função social da cidade é capaz de produzir e aprofundar injustiças sociais. Esse cenário evidenciou a associação entre características sociais, econômicas, territoriais e sofrimento psíquico, bem como a intersecção entre saúde, direito à cidade e justiça social.

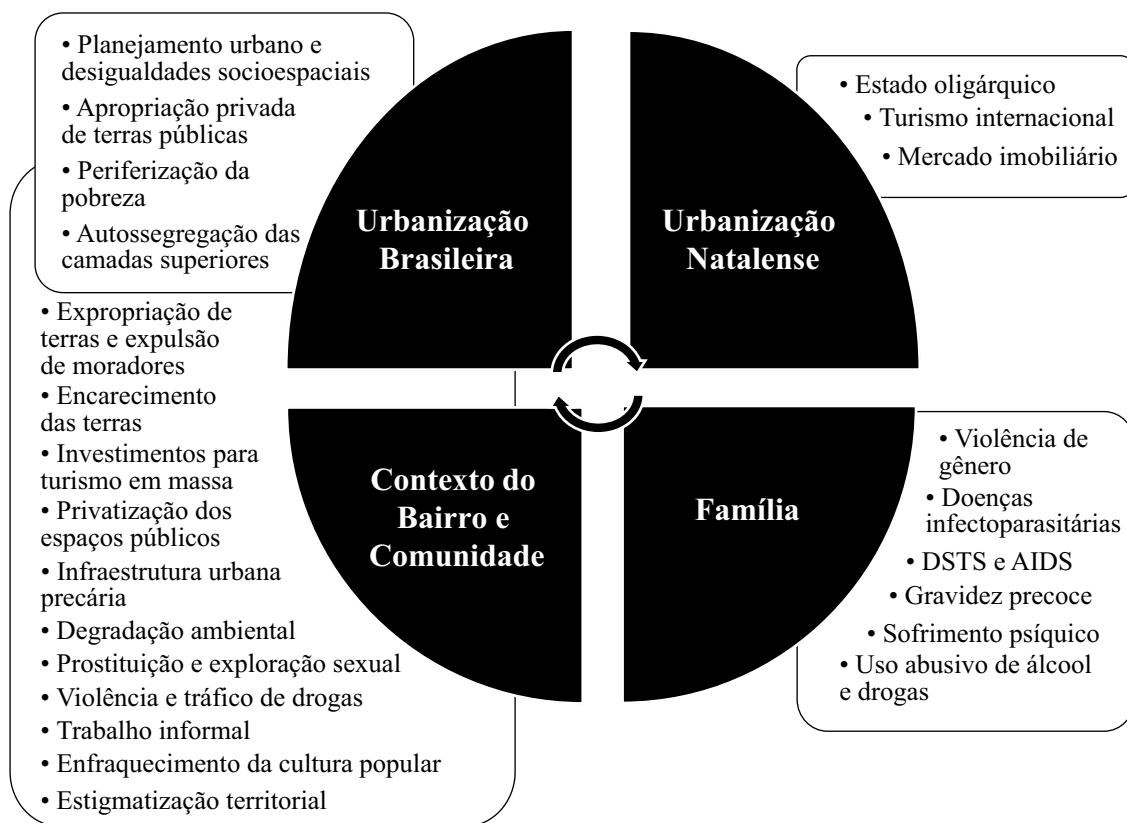


Figura. Determinantes Sociais da Saúde e Condições de Vida

A partir desses elementos considera-se que um quadro de sofrimento urbano, tal como conceituado por Saraceno (2010), se estrutura de forma multidimensional. Ele designa a relação dinâmica entre o sofrimento psíquico e o lugar social dos sujeitos, sobretudo nas grandes cidades. Trata-se, portanto, de uma categoria interpretativa que visa alargar a compreensão de saúde mental e superar o modelo linear biomédico que reduz a sua complexidade a uma mera relação de causa e efeito, individualizante e a-histórica. Tal modelo negligencia as diversas formas de sofrimento psíquico e social consequentes da exclusão social, marginalização, estigma, pobreza, desemprego, condições de moradia, falta de acesso à proteção social. Segundo Nossa (2008), os transtornos mentais são exemplos paradigmáticos da medicalização desses determinantes sociais.

Não pretendemos reforçar uma noção fatalista de que o ambiente urbano é essencialmente produtor de sofrimento, mas também buscamos formas de apreendê-lo como potencial campo e ferramenta de enfrentamento ao adoecimento. Trata-se de entender a cidade como espaço para a afirmação dos direitos – entendendo-os como condição *sine qua non* para a produção de saúde e bem-estar – e não apenas como componente que os expropria.

Nessa direção, há aspectos elementares da vida na comunidade tais como as relações cotidianas de vizinhança, a apropriação do espaço público, as manifestações culturais e os espaços de encontro como fatores protetivos em saúde mental que constituem movimentos de resistência e potencialidades do lugar que permitem modos de vida contra hegemônicos na cidade que impactam diretamente na saúde. A seguir, discutiremos algumas particularidades das condições de vida e saúde mental em meio rural, especificamente quanto ao uso de álcool e transtornos mentais comuns, aspectos que foram objeto de investigação em assentamentos rurais pelos autores.

Saúde mental no meio rural brasileiro

No cenário acadêmico há uma carência de investigações voltadas ao estudo das condições de vida e saúde mental das populações rurais, especificamente no que diz respeito à incidência de transtornos mentais comuns e uso de álcool. Quando se trata de moradores de assentamentos de reforma agrária a desinformação é ainda mais evidente.

Entretanto, esse grupo populacional apresenta vulnerabilidade considerável na medida em que tem uma trajetória de vida marcada pela ausente ou precária condição de reprodução social e grande dificuldade de acesso às políticas e programas de saúde, educação, segurança, transporte, habitação, organização da produção e assistência técnica, a despeito das ações governamentais desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) para dar sustentação ao desenvolvimento dos assentamentos. Além disso, as populações rurais, tal como as urbanas, têm modos de vida particulares, são atravessadas por condicionantes sociais e culturais que produzem territórios singulares e requerem atenção especial quando se trata do processo saúde-doença-cuidado.

Estudos em âmbito mundial apontam para o fato de que os problemas de saúde mental e o uso abusivo de álcool têm maior impacto negativo em estratos populacionais mais desfavorecidos socioeconomicamente. As situações de vulnerabilidade dessas populações e a escassez dos recursos sanitários são desencadeadores de sofrimento (Rehm, & Parry, 2009). Tem sido verificada também associação dos TMC com eventos vitais produtores de estresse como a falta de apoio social e com variáveis relativas às condições de vida, trabalho e perspectivas de futuro, tais como a pouca escolaridade, o menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda,

desemprego e informalidade nas relações de trabalho. Esses aspectos marcam indiscutivelmente a vida no meio rural (Costa, & Ludermir, 2005).

Além desses problemas, a falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, é realidade no meio rural e de muitos assentamentos no país.

Em termos do SUS, a população rural enfrenta problemas de acesso aos equipamentos de saúde, não tendo cobertura satisfatória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo com que não tenha retaguarda suficiente em termos de consulta, vacinação, exames clínico-laboratoriais etc.

Considerando o impacto social, econômico e familiar que os problemas de saúde mental e o uso problemático de álcool produz e que não há estudos voltados à população assentada, com exceção daqueles que relacionam a eclosão de transtornos psiquiátricos ao uso intensivo e prolongado de agrotóxicos, entendemos que esse debate é urgente.

Com o intuito de contribuir nessa direção, realizamos estudo em assentamentos de reforma agrária em dois estados nordestinos junto aos moradores e profissionais de saúde e assistência social. Foi detectada uma complexidade de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais experimentados por esse grupo que impactam na qualidade de vida. Ademais, são produtores de estresse e estão diretamente relacionados às condições de saúde e, em particular, aos índices detectados de TMC e de uso problemático de álcool.

Essas populações encontram-se desassistidas em termos de políticas públicas, especialmente quanto à potencialização de suas atividades produtivas no campo, repercutindo diretamente nas condições de moradia, trabalho, lazer, educação e estilo de vida das mesmas (Dimenstein, Leite, Macedo, & Dantas, 2016).

Como agravante, esses moradores estão sujeitos à instabilidade climática da região devido aos períodos de seca e estiagem, à escassez de recursos naturais, a não implementação e/ou mau uso das políticas de crédito agrícola, ao transporte precário. Necessitam desenvolver estratégias de complementação da renda familiar e carecem de organização coletiva e participação política que possam produzir empoderamento e interferência nos padrões de desenvolvimento local, de saúde e na vida comunitária.

Observamos que a degradação ambiental, a exposição aos agrotóxicos, alimentação inadequada, falta de espaços de lazer, baixo nível de apoio social, a carga do trabalho doméstico e agrícola entre as mulheres são fatores associados ao aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como à presença de morbidades psiquiátricas e uso de álcool entre homens e mulheres em níveis preocupantes, acima da média nacional.

Nesse estudo, as equipes de saúde e assistência social desconhecem o território, as condições sociosanitárias e as demandas de saúde mental da população. As estratégias de cuidado consistem em consulta individual/familiar, visita domiciliar, prescrição de medicamentos e palestras educativas que, utilizadas de forma descontextualizada, não alcançam a resolutividade esperada. A atenção psicossocial não funciona de forma articulada apresentando problemas quanto ao seguimento e continuidade de cuidados.

Além disso, há uma distância geográfica considerável entre moradores e serviços, alta rotatividade entre os profissionais, precárias condições de trabalho, desconhecimento por parte da equipe dos princípios da Estratégia de Atenção Psicossocial, do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Ficou evidente também a ausência de processos de educação permanente entre os trabalhadores. Isso tudo é agravado pelos problemas detectados no âmbito da gestão/gerência pública municipal ancorados em práticas clientelistas e autoritárias.

Em função da fragmentação da RAPS e do desconhecimento das especificidades da população assentada, as equipes não conseguem acolher e responder às demandas em saúde mental de modo a impactar nos indicadores sociais e de saúde da população do campo. Em outras palavras, não têm conseguido produzir um cuidado territorializado (Dimenstein, Leite, Macedo, & Dantas, 2016).

Como resultado dessa pesquisa, observamos que moradores de zonas rurais são caracterizados por particularidades geográficas, sociais e culturais e enfrentam um conjunto de adversidades psicossociais e ambientais que afetam a saúde mental e não podem ser desconsideradas no planejamento e ordenação dos recursos de saúde. Ao descrever tais realidades, entendemos que qualquer serviço, equipe ou profissional inseridos nesses territórios precisa apreendê-los em sua complexidade para responder de forma contextualizada às exigências das políticas públicas de enfrentamento às iniquidades no meio rural brasileiro.

Desafios para qualificar psicólogos na abordagem territorial

Estudiosos de todo o país são unânimes em apontar que a psicologia é hoje uma das profissões que têm, ao mesmo tempo, forte inserção e potencialidade de contribuição ao projeto político do SUS, assim como problemas importantes no que diz respeito às práticas aí desenvolvidas. Neste aspecto, a formação acadêmica e profissional dos psicólogos precisa nutrir-se do debate sobre as particularidades territoriais e da determinação social da saúde, das formas de adoecimento e sofrimento para que possa construir um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde.

Para tanto, a formação e o exercício profissional dos psicólogos não podem ficar alheios a esse debate. Em primeiro lugar, porque a ideia de que os processos de formação estão deslocados dos acontecimentos do mundo, do cotidiano da vida e dos serviços de saúde é contraproducente (Ferreira, & Olschowsky, 2010). Segundo, porque é preciso aprofundar a relação ensino-serviço-comunidade de modo que a formação se dê no e para o serviço. Precisamos de espaços coletivos em que os atores envolvidos possam interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho, na medida em que exercitam ações em equipe e potencializam a interdisciplinaridade para a abordagem territorial na oferta das ações de cuidado (Silva, & Caballero, 2010).

Por último, que as experiências formativas possam desenvolver metodologias de aprendizagem que possibilitem articular "os componentes de gestão, assistência e participação popular, mobilizando a incorporação dos trabalhadores como atores identificados com as necessidades de criação e modificação no cenário da saúde" (Oliveira, & Guareschi, 2010, p. 102).

Atuar na Rede de Atenção Psicossocial exige, dentre outros desafios, conhecer o território. Nessa perspectiva, as ações devem pautar-se em um trabalho de diagnóstico e planejamento situacional que considere as formas como a população se relaciona nos espaços onde vive e desenvolve suas atividades diárias. Daí a importância de desenvolver ações em conjunto com a comunidade, debater os problemas locais de

saúde, o planejamento dos cuidados, além do monitoramento dos resultados para o fortalecimento das respostas às políticas de saúde.

Isso demanda dos psicólogos habilidades para reconhecer os processos psicossociais mobilizados pelas condições de vida, para intervir nos modos de existência e campos de sentidos de forma singularizada, para coordenar ações intersetoriais no território, para saber valorizar a heterogeneidade espacial, social e simbólica que permeia os diferentes cenários. Essa diversidade fomenta processos de subjetivação e sociabilidades que escapam ao regime da universalidade, da uniformidade e massificação que produz a lógica da patologização do cotidiano, medicalização da vida e colonialismo dos saberes.

No caso dos psicólogos, é urgente que reconheçam os limites de uma perspectiva fundamentada em sistemas teóricos e de manejo técnico que focam somente nos aspectos individuais e intrassubjetivos, apartando a saúde de suas determinações sociais. Considerar tais elementos abre diversas possibilidades para os psicólogos ampliarem as formas de compreensão sobre os processos de sofrimento psíquico, inclusive apreendendo aspectos que podem figurar como protetivos e potencializadores do cuidado.

Por fim, o deslocamento do *ethos* tradicional do psicólogo para atuar na saúde pública a partir do território é, não só urgente, mas imprescindível para romper com a nossa desresponsabilização histórica frente à questão social. Cabe às instituições acadêmicas e profissionais dos psicólogos no Brasil criar estratégias para que os serviços possam contar com profissionais dotados de maior capacidade técnica e ético-política para acolher e interferir sobre as necessidades de saúde da população de forma participativa, interventiva e emancipatória.

Referências

- Almeida, K. S. (2015). Urbanização e modo de vida: debate sobre determinação social na saúde na cidade. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Almeida-Filho, N. (2009). A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento. *Revista Saúde em Debate* 33(83), 349-370.
- Almeida-Filho, N. (2010). A problemática teórica da determinação da saúde. In R. P. Nogueira (Org.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 13-36). Rio de Janeiro, RJ: CEBES.
- Andrade, L. A., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C.... Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2), e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
- Baeninger, R. (2010). *População e cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População.
- Barcellos, C. (2009). Os indicadores de pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In C. Barcellos (Org.), *A geografia e o contexto dos problemas de saúde* (pp. 107-139). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.

- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (Orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro, RJ; Fiocruz.
- Buss, P. M., & Pellegrini-Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em 9 de junho de 2015.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1): 73-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>
- Costa, M. G. G., Dimenstein, M. D. B., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(2), 89-156. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (num. esp.), 232-245 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
- Dimenstein, M. D. B., Leite, J. F., Macedo, J. P. S., & Dantas, C. M. B. (Orgs.). (2016). Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais no nordeste brasileiro: diagnóstico, estratégias de cuidado e suporte na rede de atenção primária e psicossocial. *Relatório final de pesquisa de Projeto financiado pelo CNPq por meio da Chamada Pública Universal 14/2012*.
- Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2010) Residências: uma modalidade de ensino. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde* (pp. 23-34). Porto Alegre, RS: Grupo Hospitalar Conceição..
- Fleury-Teixeira, P. (2009). Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 380-389.
- Franco-Netto, G., & Alonzo, H. G. A. (2009). *Notas sobre a governança da Saúde Ambiental no Brasil*. In Caderno de Texto da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental (pp. 16-19). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Furtado, B. A., Krause, C., & França, K. C. B. (2013). *Território metropolitano, políticas municipais: por soluções conjuntas de problemas urbanos no âmbito metropolitano*. Brasília: Ipea.

- Galea, S., & Vlahov, D. (2005). *Handbook of urban health: populations, methods, and practice*. New York: Springer Science Business Media.
- Gomes, J. C. R. (2012). Promoção da saúde mental em espaço urbano. Tese de doutorado não-publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Portugal.
- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C.... Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública* 30(3), 623-632. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 27(78), 27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>
- Monken, M. & Barcellos, C. (2007). O território na promoção e vigilância em saúde. In: A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (Orgs), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 177-224). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Nogueira, R. P. (2010). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro, RJ: Cebes.
- Nogueira, H. (2008). *Os lugares e a saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Nossa, P. N. (2008). Linhas de investigação contemporâneas na Geografia da Saúde e a noção holística de saúde. In: C. Barcellos (Org.), *A geografia e o contexto dos problemas de saúde* (pp. 35-62). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Oliveira, C., & Guareschi, N. M. F. (2010). Residência multiprofissional em saúde: brechas para novas formas de conhecimento? In: N. M. F. Guareschi, A. Scislesk, C. Reis, G. Dhein & M. A. Azambuja (Orgs.), *Psicologia, formação, políticas e produção em saúde* (pp. 99-117). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2010), Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CDSS *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf. Acesso em 16 de janeiro de 2017.
- Ottonelli, J., & Mariano, J.L. (2014). Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. *Revista de Administração Pública*, 48(5), 1253-1279. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121724>
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 15(3), 560-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
- Rehm, J., & Parry, C. (2009). Alcohol consumption and infectious diseases in South Africa. *Lancet*, 374(9707), 2053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62150-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62150-4)

- Remoaldo, P. & Nogueira, H. (2012). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Ribeiro, L. C. Q., Rodrigues, J. M. & Corrêa, F. S. (2009). *Segregação residencial e mercado de trabalho nos grandes espaços urbanos brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador, Recife, Fortaleza, Brasília, Belém, Manaus, Campinas, Goiânia, Florianópolis, Vitória, Natal e Maringá*. Rio de Janeiro, RJ: Observatório das Metrôpoles. Recuperado de http://www.observatoriodasmetrolopes.net/new/images/abook_file/relatorio008_2009c.pdf. Acesso em 09 de junho de 2015.
- Rocha, P.R., & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(1), 129-135. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
- Santana, P. (2014). *Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar*. Coimbra: Coimbra University Press.
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3), 387-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
- Saraceno, B. (2010). The paradigm of urban suffering. *Souq Books*. Recuperado de [http://www.souqonline.it/public/html-asp\(259891\).pdf](http://www.souqonline.it/public/html-asp(259891).pdf). Acesso em 2 de dezembro de 2015.
- Silva, Q. T. A. & Caballero, R. M. S. (2010). A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde* (pp. 61-74). Porto Alegre, RS: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Sousa, A. T. S, Pinheiro, D. M., Costa, G. R., Araújo, T. M. E., & Rocha, S. S. (2015). As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva. *Revista Interdisciplinar*, 8(1), 240-246.
- Spector, R. (1999). *Cultura, cuidados de salud y enfermeira: cultura de los cuidados*. Espanha: Universidad de Alicante.
- Tambellini, T., & Schütz, A. (2009). Contribuição para o debate do CEBES sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 371-379.
- World Health Organization – WHO. (2013). *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Geneve: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/. Acesso em 9 de junho de 2015.

Submetido em: 05/12/2015

Revisto em: 18/01/2017

Aceito em: 23/02/2017

Endereços para correspondência

Magda Dimenstein
mgdimenstein@gmail.com

Kamila Siqueira
kamisiqueira@gmail.com

João Paulo Macedo
jampamacedo@gmail.com

Jader Leite
jaderfleite@gmail.com

Candida Dantas
candida.dantas@gmail.com

I. Professora Titular. Programa de Pós-Graduação em Psicologia/PPGpsi. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.

II. Mestre. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.

III. Docente. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Parnaíba. Estado do Piauí. Brasil.

IV. Docente. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.

V. Docente. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.