

Saúde Mental e Masculinidades: uma incursão no campo da atenção básica

Salud Mental y Masculinidades: una incursión en el campo de la atención básica

Mental Health and Masculinity: a raised field in the field of basic attention

Lucivaldo da Silva Araújo

Ingrid Bergma da Silva Oliveira

Samantha Hanna Seabra Castilho Simões

Adriano Prazeres de Miranda

Resumo: A Atenção Básica (AB), reconhecida porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta importantes desafios cotidianos, dentre eles, a invisibilidade das questões de gênero e seus impactos na atenção integral. Neste artigo, propomos refletir sobre conexões entre gênero e saúde mental, especialmente acerca do enfoque da AB à saúde mental de homens, no intento de discutir aspectos que relacionam a ideia de gênero – enquanto construção histórica, psicossocial e cultural – às diferentes expressões da saúde mental e das masculinidades. A inclusão dos homens no contexto assistencial da saúde mental é uma questão a ser aprofundada e, produzir saúde nessa perspectiva, solicita a valorização do acolhimento, coresponsabilidade, resolutividade e autonomia, tecendo um agir cúmplice e compartilhado dos profissionais com a vida individual e coletiva dos usuários dos serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental. Masculinidade. Atenção Básica.

Resumen: La Atención Básica (AB), reconocida puerta de entrada del Sistema Único de Salud (SUS), enfrenta importantes desafíos cotidianos, entre ellos, la invisibilidad de las cuestiones de género y sus impactos en la atención integral. En este artículo, proponemos reflexionar sobre conexiones entre género y salud mental, especialmente acerca del enfoque de la AB a la salud mental de hombres, en el intento de discutir aspectos que relacionan la idea de género, en cuanto construcción histórica, psicossocial y cultural, a las diferentes expresiones de la salud mental y de las masculinidades. La inclusión de los hombres en el contexto asistencial de la salud mental es una cuestión a ser profundizada y, producir salud en esa perspectiva, solicita la valorización de la acogida, coresponsabilidad, resolutividad y autonomía, tejiendo un actuar cómplice y compartido de los profesionales con la vida individual y colectiva de los usuarios de los servicios.

Palabras clave: Salud Mental. La Masculinidad. Atención Básica.

Abstract: The Primary Care, recognized entrance door of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), faces important daily challenges, among them, the invisibility of gender issues and their impacts on integral care. This article proposes to reflect on the connections between gender and mental health, especially concerning the Primary Care approach to men's mental health, intending to discuss aspects that relate the idea of gender, as a historical, psychosocial and cultural construction, to the different expressions of mental health and masculinities. The inclusion of men in the mental health care context is an issue to be explored and, producing health in this perspective calls for the valorization of care, coresponsibility, resoluteness and autonomy, weaving a complicit and shared action of the professionals with the individual and collective life of the services users.

Keywords: Mental Health. Masculinity. Primary Care.

Lucivaldo da Silva Araújo – Doutor em Psicologia Clínica, Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFPA) e do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (DETO/UEPA). E-mail: lucivaldoaraujo@uepa.br

Ingrid Bergma da Silva Oliveira – Doutora em Psicologia, Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (DETO/UEPA). E-mail: luabergma@yahoo.com.br

Samantha Hanna Seabra Castilho Simões – Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde Mental e Mestranda no Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA). E-mail: samantha_castilho92@hotmail.com

Adriano Prazeres de Miranda – Acadêmico do 8º semestre do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail: adriano.prazeres1233@gmail.com

INTRODUÇÃO

Apesar dos estudos de gênero terem surgido em um cenário em que se buscava a desnaturalização da condição da mulher na sociedade, empreitada alavancada pelos estudos feministas do final da década de 60, nas últimas três décadas tem-se observado um maior interesse sobre os homens e a construção social das masculinidades (FIGUEIREDO, 2008; SILVA, 2000). Essa tendência transpõe um modo de pensar o gênero masculino a partir de uma possível determinação biológica, em direção a uma abordagem que considera as diferenças culturais e os modos específicos de caracterizar homens e mulheres, “fazendo dialogar diferentes campos disciplinares em busca de uma compreensão cada vez maior dos universos de gênero e instigando a pensar em uma vida mais saudável de homens e mulheres, construída a partir da superação de modelos excludentes, monolíticos e redutores que regem o masculino e o feminino” (GOMES, 2008, p. 71).

Trata-se de uma abordagem que considera não uma, mas múltiplas masculinidades. Esse cenário nos aproxima de um horizonte no qual as masculinidades representam “um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em determinada cultura. Esses atributos se diferenciam ao longo do tempo e especificamente, nas classes e nos seguimentos sociais” (idem, p. 70). Trata-se, portanto, de uma elaboração simbólica que distingue sexo e gênero.

Sobre essa questão, Vilella e Arilha (2003, p.115) afirmam que:

Enquanto seres sexuados, percebemo-nos e situamo-nos no mundo como mulheres ou como homens. Tal percepção, embora tome como base a anatomia corporal visível, é mais prescritiva do que descritiva, pois o que é captado da corporeidade não é apenas “tenho uma vagina” ou “tenho um pênis”, e sim, “devo ser, sentir e me comportar deste ou daquele modo”. O gênero constitui o modo como nos relacionamos com nós próprios e com o outro.

O termo “Masculinidade” surgiu no final do século XVIII para explicitar critérios de diferenciação entre os sexos. No entanto, as definições sobre esse conceito têm se mostrado insuficientes diante da tentativa de sua circunscrição, requerendo um debate amplo que envolva características históricas, culturais, simbólicas e de relações de poder (OLIVEIRA, 2004).

Torna-se, então, fundamental estabelecer um debate a partir da ideia de que os homens são diversos e as masculinidades, como expressão da identidade dos homens, são plurais. Assim, a construção social das masculinidades mantém com os processos de saúde-adoecimento uma relação intrínseca, fazendo emergir a temática de gênero no campo da saúde do homem (FIGUEIREDO, 2008).

Neste artigo enfocaremos a saúde mental dos homens, campo de interesse que nos coloca diante de desafios cuja complexidade pode ser melhor compreendida quando relacionada com os modos de ser masculino no ambiente social, orientados pelos referenciais simbólicos das masculinidades. Propomos refletir sobre conexões entre gênero e saúde mental, mais especificamente acerca do enfoque da Atenção Básica (AB) à saúde mental de homens, no intento de discutir aspectos que relacionam a ideia de gênero – enquanto construção histórica, psicossocial e cultural – às diferentes expressões da saúde mental e das masculinidades.

Não se trata de um recorte do conjunto de desafios que se colocam todos os dias diante da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, mas de um olhar focal sobre questões que

compartilham de estigmas e preconceitos, muitas vezes baseados em concepções estereotipadas, forjadas no interior de sistemas sociais em que o “louco”, juntamente com algumas expressões de gênero masculino consideradas desviantes, ocupam o mesmo espaço no imaginário dessas sociedades. Esse lugar, geralmente relacionado à exclusão e ao distanciamento, impõe desafios à Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental-RAPS no que tange à visibilidade, à problematização de temáticas relacionadas e à superação das barreiras individuais e coletivas, sociais e institucionais, no sentido do acesso e da promoção da saúde de homens em sofrimento psíquico.

1. Saúde mental em foco

Ao longo da história humana, nem sempre a saúde mental foi objeto de interesse múltiplo como ocorre na contemporaneidade. As desordens nesse campo, durante um período histórico significativo, foram evitadas, motivaram medo, exclusão e, por vezes, foram acompanhadas de medidas cerceadoras e profiláticas que marcaram a intergeracionalidade de muitas famílias (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2013).

À história e sofrimento das pessoas cuja saúde mental era questionável, somaram-se conceitos e preconceitos de sociedades, cuja postura diante do adoecimento mental determinava, em grande parte, as formas de tratamento dispendidas. A abordagem dessas questões se constitui em tarefa complexa ainda hoje, pois, atrelada a uma história acentuada pela segregação e exclusão social, perspectivas diferenciadas sobre as necessidades de quem enfrenta um sofrimento psíquico, atualizam concepções profissionais diferenciadas sobre o modelo assistencial (ARAÚJO, 2018).

A designação atribuída a quem demanda atendimento nessa área, por exemplo, tem acompanhado a dinâmica dos diferentes olhares sobre a saúde mental das pessoas. Assim, tem contemplado as mais diversas nomenclaturas na tentativa de capturar um conceito para designar aqueles que, por motivos diversos e não conhecidos, têm afetados os seus comportamentos, emoções, capacidade expressiva, capacidade laboral e de interação social, pensamento, juízo crítico e orientação no tempo e espaço, em maior ou menor escala, dependendo do caso.

Mas não estamos certos de que essa descrição consiga apreender todos os tons de um estado existencial humano que caracteriza aqueles que já foram chamados de possessos, loucos, doentes mentais ou, mais recentemente, de pessoas portadores de transtorno mental e ainda pessoas em sofrimento mental ou psíquico (SANTIN; KLAFKE, 2011). Apesar de alguns autores estabelecerem distinções entre os termos, neste texto faremos uso indistinto de sofrimento mental ou psíquico e transtorno mental para nos referirmos a esta condição clínica.

Félix Guattari, filósofo francês, ao ser questionado sobre o que considerava como doença mental – nomenclatura usada na época –, disse que ela não poderia ser definida sob um único aspecto, uma vez que envolve dimensões pessoais, econômicas, sexuais, conjugais, familiares, de trabalho, personalidade, modo de vida, de ordem moral, estética e religiosa. Ela é, portanto, alguma coisa que se agencia no conjunto desses níveis, mesmo que só o que apareça seja um sintoma no corpo (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Deve-se, por conseguinte, estar atento para a tendência contemporânea do “enquadre” diagnóstico, na qual homens e mulheres têm suas subjetividades associadas a determinados rótulos que lhes são atribuídos no contexto das relações sociais e de cuidado. Isso significa dizer que homens e mulheres não podem ser pensados somente enquanto gay, lésbica, bissexual, heterossexual, travesti ou transexual, já que também podem ser negros(as), pardos(as), indígenas,

jovens, idosos(as), entre tantas outras combinações possíveis dos atributos gênero, raça/cor, classe social e idade (MELO et al., 2011).

Eis porque é preferível designar uma pessoa como “alcoólista”¹, “em sofrimento mental”, e saber que ela é, ao mesmo tempo, muitas outras coisas, inclusive alguém que pode deixar a condição de dependente de álcool e outras drogas ou depressivo etc. Isto contribui para que essas pessoas não sejam reduzidas a uma única condição e sintam-se acolhidas em suas necessidades individuais.

Contextos sociais e culturais, que em diversas épocas se mostram incapazes de compreender a diversidade e a singularidade enquanto marcas substanciais à existência humana, corroboraram por muito tempo para o entendimento do sofrimento mental enquanto afetação espiritual, castigo, benesse divina ou fraqueza mental, dentre outros (FOUCAULT, 1978). Essa visão de mundo, quando predominante nos contextos sócio assistenciais em saúde, também acaba por afastar homens, em suas diversas expressões de masculinidade, quando procuram auxílio no momento inicial de suas queixas, ocasionando, muitas vezes, a chegada desses indivíduos nos serviços especializados, no momento em que os problemas se acentuam ou quando acontece uma crise².

Felizmente, é crescente o número de iniciativas que contemplam as múltiplas dimensões envolvidas na produção/configuração da saúde e do sofrimento mental. Nessa perspectiva, vale destacar que as formas de atuação profissional vêm sofrendo alterações gradativas ao longo das últimas duas décadas, propondo um cuidado humanizado, acolhedor e integral, considerando a idiossincrasia daqueles que apresentam alguma demanda no campo da saúde mental.

Ao se refletir acerca da conjuntura política e paradigmática contemporânea que alimenta as deliberações acerca da assistência em saúde mental no Brasil, é possível identificar importantes avanços que, desde 2001, impulsionados pela Lei nº 10.216, redirecionam o modelo de assistência a pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2001). No entanto, há de se destacar, também, evidentes retrocessos nessa área, a exemplo da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017), que inclui Hospitais Psiquiátricos como dispositivos da RAPS, ação destoante dos avanços conquistados ao longo dos anos com a Política Nacional de Saúde Mental – PNSM, visto que propõem a reinserção de um espaço que não considera a pessoa em seu contexto, em sua comunidade, mas sim a aborda sob uma lógica de reclusão, manicomialista.

Ratificando esta contradição, o Ministério Público Federal (BRASIL, 2017) lançou uma nota em setembro de 2017 comentando alguns apontamentos sobre a RAPS, concluindo que, apenas através da extinção dos hospitais psiquiátricos, da garantia do atendimento na rede hospitalar e da expansão da rede extrahospitalar (destacando os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos - RTs e Unidades de Acolhimento - UA) será possível garantir os direitos previstos às pessoas em sofrimento mental.

Nesse contexto, os últimos vinte anos, marcados por uma assistência psiquiátrica que sempre se colocou na linha de frente das ações que tangem à atenção dispensada a esses sujeitos e que já foi fortemente marcada pela ênfase na segregação, isolamento e estigmatização, parece dar

¹ No caso das denominações “alcoólatra” e “alcoólista”, a primeira confere uma identidade e impõe um estigma, tornando o sujeito tão somente aquilo. A segunda, todavia, não reduz a pessoa a uma condição, como a de “alcoólatra”, mas a identifica como alguém com afinidade com algo, não se reduzindo a isso (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2009).

² Termo comumente referido como surto, desequilíbrio transitório ou agudização de sintomas psiquiátricos. De certa forma, é uma exacerbação sintomática, mas não deve ser reduzida a isto, uma vez que tem potencial transformador (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

sinais de novos contornos, na medida em que se vê inserida numa circularidade psicossocial de atenção que favorece a descentralização do cuidado, com enfoque para atuações intersetoriais, interdisciplinares e transversalistas.

Diante do quadro de mudanças favoráveis às demandas em saúde mental no que se refere às políticas públicas e, portanto, às ações desenvolvidas no bojo da AB, enfocamos particularidades da assistência à saúde mental dos homens, em diálogo com a PNSM, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH e a Política Nacional de AB-PNAB, percorrendo o caminho proposto por vários pesquisadores deste campo de estudo (HIRDES, 2009; DRUMMOND JUNIOR, 2009; SILVEIRA, 2009; SILVEIRA, VIEIRA, 2009; ALBUQUERQUE, 2012).

2. Implicações das questões de gênero no campo da saúde mental

Sob uma perspectiva de gênero, sempre é importante lembrar que feminino não é igual à mulher e masculino não é igual a homem. A ideia de feminino e de masculino são duas funções do mundo que não se aplicam apenas aos seres humanos. Não quer dizer que uma seja mais forte que a outra ou que devam estabelecer entre si uma relação pré-determinada de poder, mas, tão somente, que são dois tipos distintos de força. Ocorre que, socialmente e historicamente, pautado em um pensamento dominante ou hegemônico de masculinidade (branca, heterossexual, economicamente favorecida) (MEDRADO et al., 2010), tudo aquilo que é considerado “sombra” dessas forças, como passividade, sensibilidade, cuidado etc., foi associado ao feminino, e tudo que seria considerado “ativo” dessas forças, foi colocado no masculino, como o reconhecimento de agente provedor do lar e de invulnerabilidade (PIMENTEL, 2011; GROSSI, 2004).

Em virtude desses “qualificantes” estarem disponíveis e serem utilizados tanto por homens quanto por mulheres nas relações cotidianas, não é possível pensar feminino como sinônimo de mulher e masculino como sinônimo de homem. Deste modo, falamos em masculinidades e feminilidades. Nesse sentido, algumas concepções de gênero apontam para construções de masculinidades em consonância com condutas que se opõem ao cuidado à saúde dos homens, reforçando a tese de que o cuidar, e por extensão o cuidar-de-si, seja uma prerrogativa do feminino, uma “coisa de mulher”, algo menor, enquanto que aos homens caberia o poder das decisões. Nessa perspectiva, homens apresentariam maior dificuldade e resistência em buscar por assistência em saúde, já que percebem a necessidade de cuidados enquanto uma tarefa do feminino. Desse modo, demandar cuidados de saúde seria algo capaz de expor uma fragilidade que não condiz com a imagem masculina do “ser forte” criado para decidir, dominar e prover (MACHIN, 2011).

Nesse caminho, a negação de uma condição de vulnerabilidade masculina acaba por vulnerabilizar o homem que compartilha desse ponto de vista sobre si mesmo e sobre outros homens. No campo da Saúde Mental, homens e mulheres apresentam expressões do sofrimento psíquico, muitas vezes, diferenciadas. Contudo, diante da complexidade de se estabelecer uma relação direta entre gênero e saúde mental, há de se considerar os inúmeros fatores que interagem e influenciam este processo como condições socioeconômicas, conjugalidade, renda, escolaridade, exclusão do mercado formal do trabalho, hábitos, ocupação, dentre outros (ALBUQUERQUE, 2012; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002).

De acordo com Cabasquinho e Pereira (2007), alguns estudos apontam a inexistência de diferenças significativas de gênero no que se refere aos transtornos mentais, ou seja, não se pode

afirmar que mulheres estejam mais propensas a desordens psíquicas que homens ou vice-versa. No entanto, essas pesquisas sugerem que pode haver diferenças nas taxas de prevalência de alguns transtornos, como por exemplo: depressão, distímia, ansiedade generalizada, transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas), pânico e fobia, com taxas mais elevadas para as mulheres e uso abusivo de álcool, outras drogas e desordem antissocial, com taxas mais elevadas para homens (ABP, 2009a).

A partir dos dados disponíveis, contudo, é possível afirmar que a maioria dos transtornos mentais em homens, que mantém íntima relação com o uso abusivo de álcool e outras drogas, têm desdobramentos no campo da violência e, por conseguinte, na morbimortalidade dessa população. A temática da violência, portanto, também se coloca como uma problemática a ser considerada nas questões de gênero que tratam da saúde mental dos homens. Nesse contexto, no entanto, é importante evitar a tendência que naturaliza e vincula violência à masculinidade, como se esta fosse um atributo do masculino (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009).

Outro problema relacionado à saúde dos homens, que nem sempre tem relação com a saúde mental, mas que merece destaque, é o crescente número de suicídios entre jovens e adultos jovens. Nesse grupo (entre 15 e 29 anos de idade), o suicídio responde por 3% do total de mortes e se encontra entre as três principais causas de mortes de homens (ABP, 2009b).

A razão entre os sexos varia mundialmente de 3,0:1 a 7,5:1 com exceção da Índia e China, onde a razão de homens por mulheres é de 1,3:1 e 0,9:1, respectivamente. No Brasil, a ocorrência também é expressivamente maior entre homens, corroborando a tendência mundial de que os homens são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio. (MACHADO; SANTOS, 2015, p. 46).

Em pesquisa sobre transtornos psiquiátricos associados ao alcoolismo, realizada em São Paulo com 218 pacientes atendidos em ambulatório, Nóbrega (1994) encontrou uma prevalência de transtornos psiquiátricos maior na população de alcoolistas (70,2%) do que na população de não alcoolistas (26%). Verificou, ainda, a maior frequência de outros transtornos psiquiátricos nas mulheres alcoolistas em relação aos homens alcoolistas. A pesquisa apontou que a depressão maior foi o transtorno mais frequentemente associado ao alcoolismo nos homens (30,5%), seguido de personalidade anti-social (29,4%) e abuso/dependência de outras drogas (23,3%). Entre as mulheres, os transtornos mais encontrados foram depressão maior (50,0%), fobia (21,1%), depressão intermitente e abuso/dependência de drogas, ambas com 15,8%.

Em estudo sobre agravos à saúde mental de homens envolvidos em situação de violência, Albuquerque (2012) estudou 477 homens usuários de serviços de AB da Cidade de São Paulo e estimou a prevalência de sofrimento mental em 29,4% desses homens. Os dados desta pesquisa reforçam a tese da ampla faixa de prevalência de transtornos mentais em homens, confirmada tanto em pesquisas no Brasil como no exterior. Assim, os resultados deste estudo dialogam com outros dados apontados pela literatura sobre gênero acerca da relação entre homens, saúde mental, violência e consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Dos 477 homens estudados, um terço deles havia consumido álcool e alguma droga ilícita na vida e 67,7% consumiram apenas bebida alcoólica. Eram, na sua maioria, homens que se definiam como casados, mas com significativa representação de solteiros, que correspondiam a 1/4 da

população estudada. A média de idade foi 37 anos e a maioria tinha trabalho formal e pertenciam ao extrato econômico C. A maioria (80,1%) dos sujeitos havia sofrido alguma forma de violência, com predomínio de violência psicológica, mas também com ocorrência de violência física e sexual. Destaca-se, também, que mais da metade dos sujeitos (56,1%), além de sofrer algum tipo de violência, também perpetrou algum tipo de violência contra outra pessoa.

Enquanto usuários dos serviços de AB, as principais queixas apresentadas por 33,3% dos homens participantes da pesquisa foram nervosismo/ansiedade e insônia, e, em menor escala, depressão, irritabilidade/raiva, confusão mental/problemas de memória e tentativa de suicídio. Outro resultado apontou que aproximadamente 20% dos sujeitos pesquisados se utilizaram do serviço de saúde mental em AB pelo menos uma vez na vida.

Este estudo constata uma realidade particular que poder ser compartilhada com outras unidades de AB à saúde em diferentes municípios brasileiros, que é a disparidade existente entre o número de homens que procuram os serviços de AB com queixas associadas a um possível sofrimento mental, e o número de homens que chegam ao serviço de saúde mental dessas unidades.

Diante desta realidade, nos questionamos se, afinal, os homens estão ou não demandando intervenções em saúde mental à AB? Os profissionais de saúde estão atentos às queixas de homens que procuram os serviços e unidades básicas de saúde e que podem estar associadas a um possível sofrimento psíquico? Como os serviços de AB se organizam diante das necessidades de saúde dos homens no campo da saúde mental com o intuito de acolher, atender e operacionalizar o encaminhamento de demandas à RAPS?

Não temos a pretensão de responder a todas essas questões, mas refletir sobre essas problemáticas e ações que possam contribuir para a melhoria do acesso de homens aos dispositivos de assistência em saúde mental e da superação de barreiras configuradas pela construção social de um modelo de masculinidade “padrão”.

3. Olhares plurais: possibilidades de atenção às masculinidades

Um primeiro passo para que ações concretas sejam desenvolvidas no sentido do que pretendemos discutir é a percepção e o reconhecimento das próprias concepções de gênero das equipes de saúde, principalmente no que se refere à desmistificação do super-homem, inabalável ou inatingível.

Esse movimento de autopercepção sugere um caminho de apropriação que atualiza a maneira como homens e mulheres, que compõem as equipes de saúde atuantes na AB e que convivem no mesmo contexto social de seus clientes, lidam com suas próprias masculinidades e feminilidades, aspecto que, muitas vezes, pode favorecer ou dificultar a visualização de determinadas demandas relativas à saúde dos homens.

Atentos às suas próprias questões sobre gênero, os profissionais da AB, que se localizam no fronte das ações em saúde no âmbito comunitário, devem considerar homens e mulheres enquanto indivíduos distintos, com necessidades e demandas à saúde que se diferenciam de acordo com o lugar em que vivem, a cultura que compartilham, seus valores pessoais, orientações religiosas etc.

O aprendizado oriundo dessa experiência pode contribuir para o aprimoramento de estratégias de acolhimento e cuidado voltados a outras formas de masculinidades (gays, bissexuais,

“barbies”³, “ursos”⁴, metrossexuais etc.) consideradas não-hegemônicas, a fim de que todas as expressões do gênero masculino sejam contempladas e reconhecidas como formas legítimas e passíveis de escuta, acolhimento e cuidados relativos à saúde integral, afinal, gênero se inscreve tanto em corpos como em formas institucionalizadas de lidar (FIALHO, 2006; MEDRADO et al., 2010; FRANÇA, 2007).

No tocante ao acesso e usufruto por parte da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros – LGBTTT⁵ (OLIVEIRA, 2012) às ações de AB em Saúde, é importante destacar a necessidade de que seja garantido um atendimento respeitoso e não discriminatório tanto por parte dos profissionais da saúde, quanto dos transeuntes institucionais. Apesar deste ponto de vista parecer óbvio para quem trabalha na saúde pública brasileira, os episódios de discriminação e intolerância a essa população, nos espaços públicos e privados, ainda são frequentes (BANDEIRA; BATISTA, 2002).

Nunan (2004), ao tratar sobre a homoafetividade masculina, associa a ocorrência de inúmeros transtornos de ordem psíquica à baixa autoestima gerada pelo preconceito, dentre eles cita episódios depressivos, sentimentos de culpa, ansiedade, isolamento social, dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, abuso de álcool e outras drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida.

No caminho da melhoria para o acesso e a assistência à saúde dessa população, importantes conquistas têm sido alcançadas nos últimos anos, a exemplo do Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) e de Promoção da Cidadania Homossexual (BRASIL, 2004) e a Política de Atenção Integral à Saúde LGBT (BRASIL, 2010).

Outro destaque, a Portaria nº 1.707 de 18 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde, regulamentou uma política que engloba cirurgia, assistência e cuidados aos transexuais. No entanto, Mello et al. (2011) chama atenção para o fato de que os problemas enfrentados por travestis e transexuais, quanto ao acesso a serviços de saúde, merecem destaque, não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários.

Temos que reconhecer que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social do sofrimento mental dessas pessoas. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado na Política de Atenção Integral à Saúde LGBT, como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde (BRASIL, 2010).

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT⁶. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das de-

³ *Gays que fazem atividades físicas, de aparência viril, que exibem um corpo musculoso* (RIPARDO, 2008; FRANÇA 2007).

⁴ *Homens que se identificam com códigos de masculinidade e que valorizam atributos como a gordura e os pêlos, em contraposição às barbies* (FRANÇA, 2007).

⁵ Neste texto usamos as autodenominações usadas no Brasil atual: lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (OLIVEIRA, 2012).

⁶ Este público iniciou suas reivindicações relacionadas ao âmbito da saúde na década de 1980, a partir do enfrentamento à AIDS, promovendo modificações nas políticas de saúde (VIANNA, 2015).

sigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Assim, a orientação sexual e identidade de gênero não devem ser consideradas como únicos atributos sociais de homens e mulheres diante de suas demandas trazidas aos serviços de atendimento à saúde (MELO et al., 2011).

Nesse sentido, cada profissional atuante no SUS deveria agir em contraposição às posturas estigmatizantes que, ao longo do tempo, estiveram no bojo das questões vinculadas ao sofrimento psíquico desse público, que, ademais, presenciou a patologização de suas distintas expressões de masculinidade/feminilidade e de orientação sexual, em uma trajetória de medicalização da vida, a exemplo do que se vê nas cinco versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Nos DSM-I e DMS-II, por exemplo, encontram-se referências a homossexualismo e travestismo enquanto “desvios sexuais”. A terceira versão (DSM-III), que implicou em uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente, representou uma ruptura absoluta com a classificação que até então era utilizada. Os antigos desvios sexuais, em número de nove, nas duas primeiras versões do DSM, passam a constituir um grupo de 22 “Transtornos Psicosexuais” na terceira versão. Nela, a homoafetividade encontra-se “enquadrada” na categoria de “Homossexualidade Ego-distônica”, diagnóstico que posteriormente foi retirado durante a revisão desta edição (DSM-III R), dada a luta dos movimentos gays norte-americanos. Nas versões posteriores (DSM-IV e DSM-V), os desdobramentos dos transtornos sexuais prosseguem representados de um lado pelos “Transtornos de identidade de gênero” e, de outro, pelas “Disfunções sexuais” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Conhecer essa trajetória que aponta para uma medicalização de determinado modo de ser-no-mundo nos orienta a refletir sobre a postura crítica necessária para lidar, sob uma perspectiva de gênero, no cotidiano assistencial em AB, com a banalização do diagnóstico psiquiátrico, com as necessidades em saúde dos homens, suas escolhas afetivas e sexuais, padrões socialmente estabelecidos e o estigma associado ao sofrimento mental.

4. Rede de atenção às demandas em saúde mental dos homens

A AB, enquanto porta de entrada na organização do sistema de saúde no Brasil, recebe demandas as mais diversas durante sua operacionalização cotidiana. De acordo com a complexidade e especificidade de cada caso, as diversas situações podem ser ali mesmo solucionadas ou encaminhadas para serviços especializados, que, no caso da saúde mental, são preferencialmente os CAPS, dispositivos articuladores da rede de atenção à saúde mental (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

É evidente que ocupar o lugar de entrada do SUS se faz tarefa muito complexa, uma vez que conciliar a demanda da AB, que frequentemente se apresenta maior que a capacidade de atendimento dos serviços, com as necessidades e peculiaridades do atendimento em saúde mental, por vezes, se apresenta enquanto um nó crítico do sistema (SILVEIRA, 2009).

Os principais atores envolvidos na tarefa de encaminhar homens que apresentem queixas no campo da saúde mental para os CAPS, quando essas queixas não podem ser atendidas nos serviços de AB, são as próprias equipes de profissionais das unidades de saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF) com seus agentes comunitários.

Existem algumas dificuldades encontradas nesse processo, tais como: a resistência desses homens ao encaminhamento, desde o estigma que acompanha o cuidado em saúde mental até o medo de que as medicações possam causar impotência sexual; o fluxo de serviços no cotidiano

da AB; e as questões relacionadas às percepções dos profissionais da AB. Esses fatores podem esmaecer as demandas no campo da saúde mental, bem como as de gênero, e repercutir na articulação com os serviços especializados como os CAPS.

Apesar da AB constituir-se enquanto lugar primário da atenção à saúde mental dos homens, esse trabalho não é isolado e deve funcionar em rede de assistência. Um dos principais desafios para a construção de uma rede de cuidados em saúde mental é justamente a articulação efetiva dos CAPS, CAPSi (infantil) e CAPS AD (álcool e outras drogas), às ações desenvolvidas na AB.

Somente uma rede potencializadora de soluções coletivas é capaz de responder adequadamente às demandas complexas que se apresentam nesse campo da saúde. Quando as queixas associadas ao sofrimento mental não são valorizadas e assumem lugar secundário no olhar panorâmico da AB, tem-se um rompimento do elo que torna possível chamar de rede a integração de níveis diferentes de atenção e cuidado à saúde.

Na prática, o que se tem visto é a tentativa constante de articular as interlocuções necessárias entre as várias equipes. Quando isto não ocorre, ou ocorre deficitariamente, os atendimentos às demandas tornam-se menos fluidos (SCHNEIDER, 2009).

É importante destacar que os CAPS atendem também por demanda espontânea, portanto, os próprios agentes de saúde, ao orientarem a comunidade sobre essa possibilidade, já estarão contribuindo para a fluidez das ações em AB (ARAÚJO, 2015).

No que tange ao atendimento das principais demandas dos homens à assistência em saúde mental, que, como já apresentamos, estão circunscritas primordialmente no âmbito do uso abusivo de álcool e outras drogas, os CAPS AD constituem-se enquanto principais dispositivos de cobertura da PNSM nesse campo (BRASIL, 2011). Na atual Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a Redução de Danos-RD tem se fortalecido enquanto estratégia no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004b). A RD incentiva o fortalecimento de responsabilidades individuais, ou seja, incentiva o homem dependente de álcool e outras drogas a cuidar de si sem que a condição para isso seja a interrupção total do uso (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Ações de abordagem, muitas vezes na própria rua e nos contextos de uso de álcool e outras drogas, como nos casos da estratégia Consultórios na Rua (CR)⁷, também podem evitar a exposição a outras situações de risco, como o envolvimento em atos de violência física, no trânsito, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis etc. Além disso, possibilita que o serviço de saúde possa acompanhar os usuários de forma mais próxima e mais resolutiva.

Essa aproximação das intervenções em saúde mental, na qual os dispositivos assistenciais se misturam à dinâmica social e não mais se encontram limitados aos hospitais psiquiátricos e manicômios, permite que haja uma dupla afetação, uma vez que as instituições se veem afetadas pelas críticas, incentivos, iniciativas, cobranças, e demais ações dos usuários; e os próprios usuários do serviço respondem de maneira a se mobilizar, articular e envolver-se mais intensamente no tratamento e na melhoria da qualidade do serviço, além de incentivar a participação familiar de modo que todos sejam beneficiados.

⁷Essa estratégia surgiu com a finalidade de promover o acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Através do trabalho no território, visa acolher e ofertar cuidados básicos de saúde; ofertar/motivar para tratamento aos agravos relacionados ao consumo de drogas; orientar sobre direitos e políticas públicas em geral e mediar o acesso a estas políticas. A partir de 2012, o Consultório de Rua passou a ser denominado "Consultório na Rua", sendo agora um serviço no âmbito da AB (BRASIL, 2012).

Um dos principais agentes de mudança desse cenário é a forma de funcionamento atual dos dispositivos assistenciais especializados em saúde mental. Eles preconizam uma ação de base comunitária e psicossocial, na qual o cliente deixa o lugar de paciente e passa a se assumir enquanto usuário e partícipe de um serviço pautado na livre expressão, estruturação do cotidiano e configuração de laços sociais, do qual não somente ele, mas toda a sua família pode e são convidados a participar (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2013; ARAÚJO, 2018).

Essa ideia aglutinadora com relação à rede assistencial em saúde mental, já apontada no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2010 (BRASIL, 2010b), destaca o importante papel de ações transversalistas que garantam a ampliação e integração nas intervenções, abarcando, não só as questões de gênero, mas outras demandas que se mostram emergentes no cenário da assistência à saúde mental no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AB à saúde no Brasil apresenta, na contemporaneidade, papel estratégico no acesso de homens e mulheres, famílias e comunidades ao SUS. Figura como um conjunto de ações primárias, no âmbito individual e coletivo, voltadas à proteção da saúde, à prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

As atribuições da AB em considerar cada pessoa em sua singularidade a fim de reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer seu modo de viver saudável (BRASIL, 2007), colocam tanto as estratégias de AB à saúde mental quanto os trabalhadores nelas envolvidos em um lugar onde múltiplos desafios se mostram e se renovam cotidianamente, diante do alarmante cenário que aponta, segundo Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), cerca de 800 mil pessoas mortas por suicídio a cada ano, 11,5 milhões de pessoas atingidas por depressão (5,8% da população) e 1% da população mundial, ou seja, 67 milhões de pessoas, com esquizofrenia. No Brasil 18,6 milhões de brasileiros apresentam algum distúrbio relacionado aos quadros de ansiedade (9,3% da população).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), nos últimos 10 anos, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves está sendo atendida na AB. Queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos e transtorno de ansiedade menos grave, vêm compondo cada vez mais a agenda das ESF.

No que diz respeito à saúde mental dos homens, as ações dos serviços de AB mostram-se primordiais a partir da articulação e do estabelecimento de vínculo e da responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Por conseguinte, esse nível de atenção à saúde deve cumprir com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, alinhada com a Política Nacional de AB, com as estratégias de humanização, fortalecendo ações e serviços em rede, evitando assim, a setorialização e a segmentação de estruturas assistenciais voltadas aos cuidados em saúde (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, o papel da AB na prevenção ao sofrimento psíquico, promoção da saúde mental e identificação precoce de casos que necessitem de um acompanhamento especializado é fundamental. Logo, destaca-se a relevância da educação continuada dos profissionais que atuam nessa área para o desenvolvimento de olhares e abordagens adequadas.

A intermitência de qualificação profissional na área de saúde mental auxilia o profissional a lidar melhor com a complexidade das demandas de cuidado, proporcionando um olhar crítico

para a não reprodução de atitudes manicomialistas (COSTA *et al*, 2017). Além disso, proporciona uma autoavaliação constante acerca de suas práticas, aumentando as possibilidades da existência de um atendimento com maior qualidade e, conseqüentemente, mais efetivo, o que tem influência na diminuição dos altos índices de sofrimento mental.

A inclusão dos homens no contexto assistencial da saúde mental, com suas necessidades e vulnerabilidades, é uma questão a ser pensada não apenas no campo das demandas à saúde, mas também no terreno da igualdade de gênero. Produzir saúde nessa perspectiva, solicita a valorização do acolhimento, da co-responsabilidade, da resolutividade e da autonomia, tecendo um agir cúmplice e compartilhado do profissional com a vida individual e coletiva do usuário do serviço.

É um encontro no qual se estabelece um jogo de necessidades e direitos em que o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar a qualidade de vida, e um trabalhador de saúde que se disponibiliza e relaciona-se com o outro de forma a respeitar os princípios da alteridade.

A expressão de demandas em saúde mental vinculadas ao universo das masculinidades se faz reconhecida nas relações dos homens com as equipes de saúde que os assistem, pautadas no estreitamento do vínculo, na escuta qualificada e no aprimoramento profissional. Tratar sobre as conexões entre gênero e saúde mental, sob o enfoque da AB à saúde mental dos homens, é tão desafiador quanto a necessidade de estudos abrangentes sobre a questão.

Os avanços políticos e intersetoriais nesse campo devem ser comemorados, sem perder de vista que a ampliação do acesso, a qualificação dos profissionais, a articulação intra/intersetorial, a promoção da saúde, dos direitos e o enfrentamento do estigma, ainda pontuam as necessidades que permanecem em cena nesse campo. Esses desafios devem prosseguir no sentido da expansão de suas fronteiras de forma a acolher as necessidades dos homens no contexto da valorização das diversas formas de viver suas masculinidades.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. P. *Agravos à saúde mental dos homens envolvidos em situação de violência*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Programa de Pós-graduação de Medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D'A. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. *Curso SUPER4*. Módulo I. Brasília, DF: SENAD, 2009.

ARAÚJO, L. S. A; OLIVEIRA, I. B. S. Paisagens acolhedoras em um tempo de sutilezas: Ressonâncias da dança em uma clínica corporal em saúde mental. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 575-582, 2013.

ARAÚJO, L. S. *Religiosidade e Saúde Mental: enredos culturais e ecos clínicos*. Paco editora: São Paulo, 2015.

_____. A reforma psiquiátrica já deu o que tinha que dar? Reflexões da equipe de um Caps de Belém. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* v.10, n.1, jan – abr., p. 94-111, 2018.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria - ABP. *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009b.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria - ABP. *Manual para a imprensa: boas práticas de comunicação e guia com recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009a.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. *Estudos feministas*. Ano 10, n.1, p. 119-141, 2002.

BRASIL. *Lei nº 10.216*, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 18 de mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2.ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. *Portaria nº 3.588*, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

COSTA, T. D. da; GONÇALVES, L. C.; PEIXOTO, L. S.; TAVARES, C. M. de M.; CORTEZ, E. A. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. *Biológicas & Saúde*, [S.l.], v. 7, n. 23, mar. 2017. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/647/845>. Acesso em: 20 mar. 2018.

DRUMMOND JUNIOR, M. A. *Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na AB*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.6, n. 1, 2007. p. 31-44.

FIALHO, F. M. *Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica*. 2006. Disponível em: < www.ics.ul.pt >. Acesso em: 10 Abr 2013.

FIGUEIREDO, W. S. *Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de Doutorado. 296f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. Perspectiva: São Paulo, 1978.

FRANÇA, I. L. Sobre “guetos” e “rótulos”: tensões no mercado GLS na cidade de São Paulo. *Cadernos Pagu* (28), janeiro-junho de 2007, p. 227-255.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GROSSI, M. P. *Masculinidades: Uma Revisão Teórica*. Florianópolis: UFSC, 2004.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. B. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.14, n.1, 2009. p. 297-305. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 29 Abr 2013.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):213-21.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. Bras. Psiquiatr.* v. 64, n. 1, 2015, p. 45-54.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: Estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.16, n.11, 2011. p. 4503-4512.

MEDRADO, B et al. Entre práticas de intimidade e políticas públicas. Entre políticas de intimidade e práticas públicas... À guisa de uma introdução. In: _____. *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAI, 2010. p. 07-14.

MELLO, L et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*. n. 9, dez., 2011. p.7-28.

MPF-Ministério Público federal. *Nota Pública Ref.: Nota da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina de 20 de setembro de 2017*. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-publica-pfdc-mpf-saude-mental-politicas-de-desinstitucionalizacao>>. Acesso em: 03 de jan 2018.

NASCIMENTO, E.; GOMES, R; REBELLO, L. E. F. S. Violência é coisa de homem? A naturalização da violência nas falas de homens jovens. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1151-1157, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400021>

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Unifesp, 2008.

NÓBREGA, A. A. N. *Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes dependentes do álcool em dois serviços ambulatoriais universitários do Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1994.

NUNAN, A. Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? *PSICO*, v. 35, n. 1., 2004. p. 69-78.

OLIVEIRA, P. P.A. *A construção Social da Masculinidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

OLIVEIRA, R. M. R. *Direitos sexuais de LGBTTT no Brasil: jurisprudência, propostas legislativas e normatização federal*. Brasília: Ministério da Justiça/ Secretaria da Reforma do Judiciário, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, mai., 2006. p.1053-1062.

PIMENTEL, A. Interrogar masculinidades em Belém do Pará. *Contextos Clínicos*, v.4, n.1, janeiro-junho, 2011, p. 18-27.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*. v.3, n. 25, 2007. p. 439-454.

RIPARDO, S. *Homossexual musculoso é conhecido como "barbie"*. 2008. Folha online. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/podcasts/ult10065u381154.shtml>>. Acesso em: 01 Maio 2013.

RUSSO, J; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano IX, n. 3, set., 2006. p. 460-483.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2018.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, S. V. *Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações*. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. n. 262, nov., 2000.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e AB em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v. 14, n.1, 2009. p. 139-148. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr 2013.

SILVEIRA, M.R. *A saúde mental na Atenção Básica: um diálogo necessário*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VIANNA, C.P. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 791-806, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015000300791&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 mar. 2018.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n.1, 2005. p.18-34.

VILLELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (org). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.