



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**JAMILLE KÁSSIA DA SILVA CARDOSO**

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE MASCULINIDADES E SAÚDE ENTRE  
PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

**RECIFE  
2023**

**JAMILLE KÁSSIA DA SILVA CARDOSO**

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE MASCULINIDADES E SAÚDE ENTRE  
PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial a obtenção do título de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas.

**RECIFE  
2023**

Cardoso, Jamille Kássia da Silva

Produção de sentidos sobre masculinidades e saúde entre profissionais em saúde mental, no sertão de Pernambuco. / Jamille Kássia da Silva Cardoso - 2023.

121f.: il., fig., tab.

Orientador: Benedito Medrado Dantas

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Recife, 2023.

Inclui referências.

1. Masculinidades 2. Cuidado em saúde. 3. Saúde mental  
I. Dantas, Benedito Medrado (Orientador). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

UFPE/CFCH-2023-029

JAMILLE KÁSSIA DA SILVA CARDOSO

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE MASCULINIDADES E SAÚDE ENTRE  
PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial a obtenção do título de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovado em: 15/03/2023.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas  
(Presidente/ Orientador/a)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Ferreira do Nascimento  
(Examinador/a Externo/a)  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

---

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca  
(Examinador/a interno/a)  
Universidade Federal de Pernambuco

**Dedico a meus avós, Lica (*In memoriam*) e Zuzinha (*In memoriam*), por tudo que fizeram e ainda fazem por mim.**

## AGRADECIMENTOS

A minha família, na figura da minha mãe Juraci, meu irmão Vinícius, minhas tias – Jailma, Socorro, Maria, Damiana e Lourdes (In memoriam) – e meus tios Deda (In memoriam), João e Jailson que sempre me apoiaram e apostaram em mim. Amo vocês!

A Luísa, minha companheira de vida. Que sempre esteve presente, por meio de ações e palavras que me fizeram ser mais e melhor nesse processo. Te agradeço por todas as vezes que você se fez ouvidos e refletiu comigo caminhos e possibilidades. Por todas as vezes que você me deu condições de continuar e até me carregou no colo. Te agradeço pela leveza que você agrega aos meus dias e por ter despertado a melhor versão de mim. Que sigamos sempre lado a lado nas pesquisas e para além delas, na vida. Te amo, preta!

Aos meus filhos pet Thor Cardoso e Teddy Cruz que sempre me encham de carinho e que não me deixaram sozinha em nenhum momento deste processo, já que acompanharam comigo todas as aulas remotas e até imprimiram suas marcas passando por cima de todo material pesquisado. Esse título é de vocês também.

A minha amiga Angelita, que esteve ao meu lado durante todo o processo e por muitas vezes acolheu a minha angústia e me ofereceu seu colo. Sou eternamente grata.

A Neto, meu anjo do GEMA/UFPE, que, com tanto cuidado, sempre realizou a leitura deste trabalho e me deu suporte nos momentos de angústia.

Ao meu orientador Benedito Medrado, que tão bem compreendeu meu processo de escrita e meu tempo, me permitindo seguir com leveza e dando o direcionamento necessário a meu processo. Meu muito obrigada!

Ao GEMA/UFPE que me acolheu e enriqueceu minhas tardes com discussões tão potentes e necessárias tanto a este trabalho como para além dele.

A minha banca, nas figuras de Jorge Lyra e Marcos Nascimento, que trouxeram contribuições riquíssimas e me fizeram enxergar além.

Aos profissionais, que, prontamente, se disponibilizam a participar deste estudo e tão bem me acolheram. Agradeço demais por tudo.

Ao presidente Lula, por defender um projeto político que aposta na promoção da saúde mental e na educação como fundamentos para uma vida melhor e por ter me permitido ir além do que imaginei, ao reconhecer que educação deve ser para todos. Preciso reconhecer que foi por meio do programa PROUNI que ingressei na universidade e tive grandes oportunidades, inclusive a de estar aqui hoje. Muito obrigada, companheiro!

Por fim, agradeço às meninas do grupo “Compartilhando o caos” – Andresa, Jéssica, Mel e Izadora – que tornaram o processo mais leve através de tardes de conversa e domingos de pagode. Amo vocês, meninas! Agradeço ainda à pequena Mayra, que nasceu durante esse processo e através do seu sorriso me encheu de esperança de que dias melhores viriam. E vieram. Obrigada, pequena!

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo geral analisar, por meio de uma perspectiva psicossocial, a produção de sentidos sobre masculinidades e saúde por profissionais de saúde mental, a partir da promoção de cuidados no sertão pernambucano. Para fundamentar este trabalho, abordamos o conceito de gênero a partir do reconhecimento de sua dimensão histórica que se inscreve na noção de “masculinidade hegemônica”. A masculinidade hegemônica não se refere exclusivamente às práticas dos homens cisgênero, heterossexuais e brancos, mas a uma rede heterogênea e complexa que envolve pessoas, símbolos e instituições; uma tecnologia a partir da qual se opera o sistema sexo-gênero, definindo obstáculos e hierarquizando posições de sujeito. Por ser um modelo ideal, exerce um efeito controlador legitimando um processo de dominação masculina sobre homens e mulheres e modos de subjetivação. Nesse processo, gênero e saúde mental constituem-se como fatores de subjetivação presentes não apenas no cotidiano das pessoas, mas também no âmbito das políticas públicas, nas formas institucionalizadas (mais ou menos) de cuidado e também na busca de cuidado por serviços de saúde. No entanto, a promoção de cuidados em saúde mental é ainda pouco considerado na formulação e execução de políticas voltadas à promoção da equidade de gênero. Nesta pesquisa, considerando nosso interesse em identificar e analisar repertórios discursivos sobre homens e masculinidades, no contexto da atenção em saúde mental, realizamos um estudo de natureza qualitativa e partimos de uma perspectiva construcionista, que nos convida a um exercício de estranhamento frente ao usual, ao familiar, focalizando menos as recorrências e mais a diversidade e as contradições. A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Tipo III, em um município localizado no sertão de Pernambuco, e contou com a participação de cinco profissionais deste serviço, destes, um é de nível técnico e os demais é de nível superior. A produção das informações se deu por meio de entrevistas, que se orientou aos moldes de uma “conversa no cotidiano”, numa perspectiva construcionista. Essas informações foram submetidas a uma análise de práticas discursivas, na qual buscou-se identificar tanto aspectos comuns como particularidades nas produções dos/as entrevistados/as. Nessas análises, percebe-se uma invisibilidade da dimensão de gênero nas leituras que esses/as profissionais produzem sobre sofrimento ou potencial adoecimento dos homens atendidos no serviço. De modo muito pontual, identificamos que alguns de nossos/as interlocutores/as fazem uso de estratégias para se aproximar desses homens e ofertar cuidado, porém não parecem considerar relevante ou determinante o modo como esses homens foram socializados, do ponto de vista

dos ordenamentos de gênero. Consideramos que essas análises podem contribuir para promover uma reflexão crítica sobre as práticas e saberes em saúde mental para, assim, abrir possibilidades outras de atuação, que considerem especificidades de gênero, de modo crítico, apostando na desnaturalização das hegemonias, que tanto sofrimento e exclusão provocam.

**Palavras chaves:** masculinidades; cuidado em saúde; saúde mental.

## ABSTRACT

The general objective of this work was to analyze, from a psychosocial perspective, the production of meanings about masculinities and health by mental health professionals, through the promotion of care in the pernambuco sertão. To support this work, we approach the concept of gender from the recognition of its historical dimension that is inscribed in the notion of "hegemonic masculinity". Hegemonic masculinity does not refer exclusively to the practices of cisgender, heterosexual and white men, but to a heterogeneous and complex network involving people, symbols and institutions; a technology from which the sex-gender system operates, defining obstacles and hierarchising subject positions. Because it is an ideal model, it exerts a controlling effect legitimizing a process of male domination over men and women and modes of subjectivation. In this process, gender and mental health are present not only in people's daily lives, but also in the scope of public policies, in institutionalized forms (more or less) of care and also in the search for care for health services. However, the promotion and care in mental health is still little considered in the formulation and implementation of policies aimed at promoting gender equity. In this research, considering our interest in identifying and analyzing discursive repertoires about men and masculinities, in the context of mental health care, we conducted a qualitative study and started from a constructionist perspective, which invites us to exercise strangeness in the face of the usual, to the family, focusing less on recurrences and more on diversity and contradictions. The research was carried out in a Type III Psychosocial Care Center, in a municipality located in the backcountry of Pernambuco, and had the participation of five professionals of this service, of which one is of technical level and the others are of higher education. The production of information took place through interviews, which was oriented to the mold of a "conversation in everyday life", in a constructionist perspective. This information was submitted to an analysis of discursive practices, in which we sought to identify both common aspects and particularities in the productions of the interviewees. In these analyses, we notice an invisibility of the gender dimension in the readings that these professionals produce about suffering or potential illness of the men assisted in the service. In a very punctual way, we identified that some of our interlocutors make use of strategies to approach these men and offer care, but do not seem to consider relevant or determinant the way these men were socialized, from the point of view of gender ordering. We consider that these analyses can contribute to promote a critical reflection on mental health practices and knowledge in order to open up other possibilities of action, which consider gender

specificities, in a critical way, betting on the denaturalization of hegemonies, which both suffering and exclusion provoke.

**Key words:** masculinities; health care; mental health.

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1- Repertórios discursivos dos/as profissionais de saúde mental.....</b>	<b>100</b>
--	------------

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1- Tempo de formação e atuação dos/das profissionais no CAPS III.....</b>	<b>59</b>
---	-----------

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**BPC-** Benefício de Prestação Continuada

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS-AD-** Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas

**CAPSi-** Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

**CIT-** Comissão Intergestores Tripartite

**CRAS-** Centro de Referência em Assistência Social

**CREAS-** Centro de Referência Especializada em Assistência social

**DSM-** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental

**ESF-** Estratégia de Saúde da Família

**GASAM-** Gerencia de Atenção à Saúde Mental do Estado

**GEMA-** Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades

**GERES-** Gerências Regionais de Saúde

**HOSPAM-** Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães

**MDB-** Movimento Democrático Brasileiro

**PL-** Partido Liberal

**PT-** Partido dos Trabalhadores

**RAPS-** Rede de Atenção Psicossocial

**RT-** Residência Terapêutica

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFPE-** Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>SAÚDE MENTAL E GÊNERO: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS</b> .....	22
3	<b>MASCULINIDADES EM PERSPECTIVA: DO HOMEM AO CABRA MACHO</b> ...	30
3.1	Construção social das masculinidades.....	30
3.2	Caminhos sertanejos para o cabra macho: ser homem no Nordeste.....	34
4	<b>SITUANDO A DISCUSSÃO: O MUNICÍPIO PESQUISADO E SUA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	37
4.1	Contextualizando o município pesquisado: Terra de Lampião.....	37
4.2	A Rede de Atenção Psicossocial no município pesquisado.....	40
5	<b>MASCULINIDADE, CUIDADO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CAMINHANDO PELO QUE JÁ SE SABE</b> .....	44
5.1	Masculinidades e Saúde.....	44
5.2	Saúde Mental, sofrimento psíquico e construção social das masculinidades.....	46
6	<b>POSICIONAMENTO ÉTICO-METODOLÓGICO E O DESENHO DESTA PESQUISA</b> .....	49
6.1	A produção da pesquisa a partir do construcionismo social.....	50
6.2	Produção de informações: instrumentos e escolhas metodológicas.....	53
6.3	Desafios metodológicos da pesquisa em conjunturas particulares.....	54
6.4	O espaço de produção: contextualizando o CAPS III.....	56
6.5	Interlocutores.....	58
6.6	Cuidados éticos.....	59
7	<b>REPERTÓRIOS DISCURSIVOS DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE HOMENS, MASCULINIDADES E SAÚDE NO COTIDIANO DO SERVIÇO</b> .....	62
7.1	Saúde mental e gênero: o olhar dos/as profissionais de saúde mental.....	62
7.2	Masculinidades, cultura e sofrimento psíquico: o que os/as profissionais de saúde mental têm a dizer sobre isso?.....	79
7.3	Masculinidades e oferta de cuidado em saúde mental: repertórios discursivos dos profissionais de saúde mental.....	89
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	101
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
	<b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ....	117

<b>APÊNDICE B- CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE C- QUESTÕES NORTEADORAS DAS</b>	
<b>ENTREVISTAS/CONVERSA.....</b>	<b>121</b>

## 1 INICIANDO A DICUSSÃO

Desde criança, fui criticada por não me encaixar nos padrões atribuídos ao suposto gênero feminino. Sempre fiz resistência aos modelos que me foram impostos e lutei para tentar, ao máximo, não sucumbir aos ordenamentos que insistem em produzir (-se na) dicotomia masculino-feminino. Mas lutar cansa, causa desgaste e pode produzir sofrimento psíquico, em diferentes níveis, dimensões ou escalas.

Essa posição de enfretamento exige muito de nós, mulheres. E, há um tempo, venho percebendo, a partir de experiências e de leituras (BUTLER, 2008; MEDRADO & LYRA, 2008; CONNELL<sup>1</sup> & MESSERSCHMIDT, 2013; MEDRADO; CORRÊA & LYRA, 2016) que também exige muito dos homens, afinal, eles não estão isentos de uma realidade que cobra padrões pré-estabelecidos, que os aprisionam em uma masculinidade normativa. Assim, os homens também sofrem e há alguns deles que também resistem. Como eu e tantas outras mulheres, alguns homens não são e nem querem ser o que esperam deles. Mas, afinal, o que se espera dos homens?

Aqui no sertão de Pernambuco, em consonância com “padrões normativos de gênero”, parafraseando Judith Butler (2008), espera-se que homem seja forte, que não expresse sentimentos, não se lamente, que seja um provedor suficiente para a família. Nesse contexto, exige-se dos homens uma postura rígida e autoritária todo o tempo, não abrindo espaço para o sofrimento, o qual espera-se que seja silenciado.

Vinha percebendo essas exigências destinadas as masculinidades ao longo da minha vida tanto na esfera pessoal, quanto no trabalho. Percebi diversas vezes o esforço que os homens que me rodeavam faziam para manter-se firme mediante as situações da vida, para não demonstrar sofrimento frente as dificuldades que os assolavam e não abaixar a cabeça jamais para as demandas da vida.

Contudo, em contrapartida a isso, trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas- CAPS-ad III, onde os homens iam para demonstrar seu sofrimento e suas dificuldades em relação aos mais variados aspectos de sua vida. Ali percebia homens que sofrem, ou seja, homens que escapavam das normativas de gênero destinadas ao masculino.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho ainda assinando como Robert Connell, mas, atualmente, Connell alterou seu nome, de Robert William para Raewyn Connell, apresentando-se como mulher transexual, e em seus textos assinando como R. Connell.

Assim, na medida em que os homens que ali se encontravam não se encaixam no padrão de masculinidade pré-estabelecido – ou pelo menos não conseguiam reproduzir o modelo de masculinidade esperado –, comecei a me questionar sobre o “sujeito universal” das práticas de cuidado, e mais especificamente o sujeito universal do campo da saúde mental, que ignora, muitas vezes, condições, contingências e vicissitudes que são contextuais e históricas. E passei a me perguntar: como os profissionais de saúde mental veem os homens acolhidos em seus serviços? Como os profissionais desses espaços produzem cuidado a esse público e como suas práticas discursivas sobre homens e masculinidades repercutem nessa produção de cuidado? Me perguntava de que modo os profissionais de saúde enxergam os atravessamentos entre masculinidade e sofrimento psíquico, ou seja, em que medida considera, relevante a dimensão de gênero em suas leituras e práticas em saúde mental. O desenho dessa pesquisa surge dessas inquietações.

Se essa idealização de gênero gera sofrimento psíquico pelo controle que exerce sobre as subjetividades, quais as repercussões dela sobre os usuários de saúde mental?

De acordo com Sônia Maluf (2010), ao se pensar de forma mais generalizada sobre saúde mental e sofrimento, o gênero vem aparecendo etnograficamente (campo de pesquisa em que a autora se situa) de forma relevante, tanto em termos quantitativos, pelo alto número de mulheres em sofrimento, como qualitativamente, pelo modo das experiências sociais de sofrimento e adoecimento serem atravessadas pela diferença de gênero em suas representações e ideologias.

Em artigo publicado por Maika Arno Roeder (2010), intitulado Serviço residencial terapêutico – morada do gênero no livro “Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas”, organizado por Sônia Maluf e Carmen Tornquist; ela faz uma análise de um dos primeiros serviços terapêuticos residenciais do sul do Brasil, abordando o processo de desinstitucionalização<sup>2</sup> de internos de uma unidade psiquiátrica, que consiste na saída do espaço hospitalar psiquiátrico para um espaço doméstico, a residência terapêutica. Seu foco se deu na trajetória das mulheres, mas ela chama atenção para um fato que nos é caro aqui. Ao fazer um comparativo entre as residências masculinas e femininas, Maika (2010) identificou que ambas eram regidas por regras diferentes, o que denuncia um atendimento não igualitário para com os

---

<sup>2</sup> Processo que vai além da desospitalização das pessoas internas em hospitais psiquiátricos, mas envolve a construção de uma possibilidade real de cuidado comunitário continuado e de qualidade para todos que precisem tanto de tratamento quanto de atenção, reinserção e reabilitação social (PERNAMBUCO, 2018).

usuários do serviço e aponta o gênero como sendo fator que opera hierarquia e desigualdade.

Vale lembrar que as políticas de saúde mental no Brasil se fundamentaram a partir da Reforma Psiquiátrica, que teve por finalidade romper com o modelo manicomial por meio do processo de desinstitucionalização. Para reforçar esse movimento, foi criada uma rede pública ampla com oferta de atendimento em nível ambulatorial e clínico nas unidades básicas de saúde já existentes e foi criado outros espaços mais especializados, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para atendimento de demandas de maior complexidade (MALUF, 2010).

Contudo, ainda que os leitos nos hospitais psiquiátricos estejam sendo desativados (ou pelo menos deveriam estar), já que é objetivo da reforma psiquiátrica, a medicamentação, por meio de psicotrópicos, utilizados até mesmo para além dos transtornos psiquiátricos, ainda é uma prática presente nos ambulatórios. O que marca a ainda evidente presença da psiquiatria nesses serviços, mas não apenas isso, já que também destaca uma especificidade: as prescrições desse tipo de medicamento são, em sua maioria, para mulheres de diversas camadas sociais (MALUF, 2010).

Somado a isso, referindo-se as políticas públicas e governamentais de saúde mental, a menção feita as mulheres se faz a partir de suas situações de “vulnerabilidade”, relacionadas aos processos de seu ciclo de vida, como o climatério e até mesmo a gestação (MALUF, 2010). Assim, nos questionamos

Até que ponto essa medicalização da diferença e da subjetividade levaria a uma perda da capacidade de agência e de autonomia das mulheres (e das pessoas em geral) envolvidas nesses processos, até que ponto indicariam novos regimes de subjetivação, sobretudo no sentido do assujeitamento a um conjunto de normas e valores sociais, estéticos e existenciais que passam a constituir esses sujeitos? O quanto estamos mais uma vez diante da biomedicina e do sistema médico como tecnologias do gênero, não pelas suas expressões específicas da “saúde da mulher”, como a ginecologia e a obstetrícia, mas em sua expressão que mais fortemente atingiu o coração da construção do sujeito no contemporâneo, a psiquiatria e as medicinas do “mental”? (MALUF, p. 50, 2010).

Mesmo no seio dos movimentos sociais, inclusive os feministas, nas discussões sobre gênero e saúde mental, há uma tendência a reduzir as questões das mulheres ao biológico, o que sustenta uma noção de pessoa e de sujeito reduzida a um corpo submetido ao poder biomédico, ainda mediante experiências de aflição. Portanto, como advoga MALUF (2010), a política que vem sendo implementada ou reproduzida é a política da medicalização ou medicamentação de usuárias mulheres que frequentam os serviços públicos. Tais discursos e paradigmas

biomédicos se apresentam, historicamente, comprometidos com a reprodução da desigualdade e da diferença.

Portanto, enxerga-se aqui a necessidade de rever algumas práticas profissionais que acabam por reforçar a desigualdade de gênero como também, a necessidade de ampliar, para além do corpo, os discursos referentes a doença e ao sofrimento, incorporando nessa discussão as dimensões políticas e sociais das experiências vividas (MALUF, 2010).

Pois, como defende Anna Maria Santos (2009), tanto os mal-estares subjetivos quanto as vivências de cada sujeito como homem ou mulher é transpassada por regularidades de uma determinada configuração social. E os sofrimentos daí decorrentes são reflexo da assimetria nas relações de gênero e dos lugares e papéis sociais direcionados historicamente, como afirma Ana Paula Andrade (2010). Assim, as normas e valores culturais de uma determinada sociedade também geram sofrimento e exclusão quando não alcançadas.

Fazendo um resgate histórico dos homens que chegaram aos primeiros manicômios brasileiros, não à toa, eram homens que se recusavam ou não conseguiam cumprir as expectativas sociais de provedor e trabalhador, ou que tinham um desempenho insuficiente gerando implicações negativas. Dessa forma, esse grupo comportava os homens que expressavam dificuldades com seu desejo sexual e afetivo por outros homens, mas também homens que tinham uma orientação ao celibato. O celibato aqui não se define apenas como a ausência de contato com a mulher, como coloca Magali Engel (2008), mas também como recusa ao casamento, sem abrir mão do gozo do usufruto que a mulher poderia oferecer.

No tocante as práticas sexuais, a ordem social emergente exigia que os padrões morais masculinos englobassem desempenhar o papel de “machos”, demonstrando atividade sexual e cumprindo a função de reprodutor, sob o risco de mediante falha, serem taxados de doentes mentais ou anormais. Desse modo, não podemos simplificar as vivências de gênero construindo história apenas numa perspectiva dicotômica, que acaba por impossibilitar a apreensão das dimensões de complexidade, pluralidade e antagonismos (ENGEL, 2008).

Mediante isso, construímos o **objetivo geral** dessa pesquisa, a saber, analisar, por meio de uma perspectiva psicossocial, a produção de sentidos sobre masculinidades e saúde por profissionais de saúde mental, a partir da promoção de cuidados no sertão pernambucano. E, como **objetivos específicos**, pretendemos investigar repertórios discursivos sobre homens, masculinidades e saúde produzidos por profissionais que atuam no campo da saúde mental; analisar regularidades e contradições nessas produções e compreender se (e como) esses/as profissionais articulam saúde mental e gênero em suas práticas discursivas.

É importante enfatizar que esta é uma pesquisa vinculada a projeto mais amplo do

Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades- GEMA/UFPE, que versa sobre “Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, coordenado pelos professores Benedito Medrado e Jorge Lyra, com apoio do Ministério da Saúde.

Foi desenvolvida em meados da pandemia de COVID-19, que tantas vidas dizimou, e em momento histórico de retrocessos no campo das políticas de Saúde Mental, que estava passando por um desmonte de sua rede de atenção psicossocial, por meio da transferência de seus recursos as comunidades terapêuticas, processo que se consolidou e se ampliou nos governos Temer (MDB) e Bolsonaro (PL).

Em contrapartida, finalizamos esta pesquisa no nascente governo Lula (PT), recém-eleito, que assume o compromisso de retomar o cuidado humanizado em saúde mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica, como também atuar no fechamento dos hospitais psiquiátricos e investir na habilitação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

São novos tempos para saúde mental, e esperamos que a discussão aqui realizada venha agregar saberes que contribuam com uma prática cada vez mais humanizada, que considere as especificidades de gênero e assim possa subsidiar e promover o cuidado em saúde mental dos homens.

Na confecção dessa dissertação, para tornar a leitura mais inteligível, organizamos o texto em seis capítulos. No Capítulo 1, “*Saúde mental e gênero: articulações possíveis*”, apresentamos considerações sobre Saúde mental e gênero, discorrendo sobre algumas articulações possíveis entre esses campos. No Capítulo 2, que intitulamos “*Masculinidades em perspectiva: do homem ao cabra macho*”, abordamos as Masculinidades a partir da perspectiva da sua construção social, dando enfoque as construções de masculinidade no sertão nordestino. No capítulo “*Situando a discussão: O município pesquisado e sua Rede de Atenção Psicossocial*”, buscamos situar a discussão a partir de alguns aspectos sobre história do município em que foi desenvolvida a pesquisa, e da descrição de sua Rede de Atenção Psicossocial.

Posteriormente, no capítulo 4, nomeado como “*Masculinidade, cuidado em saúde e saúde mental: caminhando pelo que já se sabe*”, apresentamos o produto de nossa revisão bibliográfica realizada na *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, *PePsic (Portal de Periódicos em Psicologia)* e *BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)*, a partir de uma perspectiva mais ampla que versa sobre masculinidades e saúde. E a partir da perspectiva do campo da saúde mental, que versa sobre saúde mental, sofrimento psíquico e construção social das masculinidades.

Em seguida, no capítulo 5 – “*Posicionamento ético-metodológico e o desenho desta*

*pesquisa*” –, apresentamos nosso posicionamento ético-metodológico dando enfoque a produção da pesquisa a partir do construcionismo social, discorrendo sobre os instrumentos e estratégias para a produção de informações, com especial atenção aos desafios metodológicos de pesquisas realizadas em pequenos contextos urbanos. Abordamos, neste cenário, nosso espaço de realização da pesquisa, a saber, o CAPS III, a partir de sua contextualização. Discorreremos ainda sobre nossos/as interlocutores/as e os cuidados éticos por nós adotados nessa pesquisa.

No capítulo que nomeamos “*Repertórios discursivos dos/as profissionais de saúde mental: produção de sentidos sobre homens, masculinidades e saúde no cotidiano do serviço*”, apresentamos e discutimos as informações produzidas por meio desta pesquisa. Abordamos, a partir da perspectiva dos profissionais em saúde mental, questões referentes a saúde mental e o gênero, as masculinidades em seus aspectos culturais e seus entrelaçamentos com o sofrimento psíquico e com a oferta de cuidado em saúde mental.

Por fim, nas considerações finais, esboçamos nossas últimas palavras sobre as reflexões realizadas ao longo dessa dissertação, abrindo e apontando caminhos para um novo estudo através dos questionamentos que ficaram e sabemos que sempre ficarão.

## 2 SAÚDE MENTAL E GÊNERO: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS

A psiquiatria como ciência surgiu em um contexto epistemológico que tinha a realidade como dado natural, podendo assim ser apreendida e revelada em sua totalidade. Nesse período, de acordo com Paulo Amarante (2011), a ciência destinava-se a produção de um saber positivo dotado de autonomia e neutralidade.

Entretanto, a pressuposição da neutralidade científica e seu status de verdade absoluto não são mais uma realidade universal. Atualmente, sabemos que o saber científico por si só não é suficiente para elaboração de intervenções ou programas de saúde. Sabemos que existe um conjunto de fatores que, ainda que alheios à ciência incidem em suas estratégias. Esses fatores compreendem ideologias, política, ética e são atravessados pela religiosidade, moralidade, cultura (AMARANTE, 2011).

Franco Basaglia chama atenção para o fato da psiquiatria ter separado ‘a doença’, objeto fictício, da existência complexa dos sujeitos e do contexto social em que estes estão inseridos. Tomando a doença como sendo um objeto natural, externo ao sujeito, a psiquiatria voltou seu foco a ela esquecendo o próprio sujeito em suas vivências (AMARANTE, 2011).

Na contramão disso, Basaglia voltou sua atenção ao sujeito em sua experiência deixando a doença em segundo plano. Essa mudança de foco demarcou uma ruptura com o antigo modelo teórico e conceitual da psiquiatria, que se apoiava nas ciências naturais para tecer conhecimento sobre a subjetividade e por isso acabava por coisificar o sujeito e as suas experiências. Nessa perspectiva, a experiência italiana foi um dos mais potentes marcos da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2009).

Como afirma Silvana Maciel et al (2009), a Reforma Psiquiátrica surgiu com a finalidade de uma prática assistencial humanizada e voltada a reabilitação ativa e a inclusão social como também veio questionar as condutas médicas e as instituições asilares.

O asilo, aos moldes de Pinel e Esquirol, se constituía como o espaço ideal ao exercício da vigilância, da disciplina, da reeducação e do tratamento moral (AMARANTE, 2009). O tratamento moral consistia, de acordo com Manoel Teixeira (2019), em um tratamento voltado as alterações decorrentes das paixões desvirtuadas. Assim, nessa dimensão teórico-conceitual, prevalecia o ideário de periculosidade, de perda da razão, de alienação, o que resultaria na construção de instituições disciplinares, punitivas, de custódia e que evocam uma correção moral (AMARANTE, 2011).

A Reforma Psiquiátrica foi o marco a partir do qual se deu a reformulação dessa clínica,

que não mais usaria do isolamento ou tratamento moral como conduta terapêutica e passaria a focar na criação de possibilidades da existência humana, nos processos de sociabilidade e nas subjetividades. O sujeito da experiência da loucura não era mais reduzido a mero objeto do saber, mas agora era sujeito com voz (AMARANTE, 2009).

Assim, o processo da reforma não se limita somente a uma mudança no modelo assistencial, mas envolve a criação de um novo lugar social para a loucura, a diferença e a divergência. Isso, por meio de um processo de desconstrução do imaginário de incapacidade social e incapacidade de trocas sociais por aqueles que são diferentes (AMARANTE, 2009).

A reforma psiquiátrica brasileira teve seu início no mesmo período em que eclodiu o movimento sanitário nos anos 1970. Aconteceu em prol da mudança do modo em que se configurava a atenção e gestão das práticas no campo da saúde, veio ainda em defesa da saúde coletiva e da oferta de serviços equânimes e teve o apoio dos trabalhadores de saúde e dos usuários dos serviços. Foi impulsionada pelo movimento internacional, mais especificamente o Italiano, de superação do antigo modelo asilar gerador de violência e segregação (BRASIL, 2005).

Nesse período, segundo Paulo Amarante e Mônica Nunes (2018), profissionais recém-formados se deparam com um cenário de violência e descaso, o que gerou denúncias e reivindicações direcionadas ao Ministério da Saúde, resultando na demissão de outros profissionais. Surge então, em meio a redemocratização e a luta contra a ditadura, a luta em prol dos direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica e autocrática.

A história da psiquiatria no Brasil, de acordo com Paulo Amarante (2009), conta do processo de asilamento e medicalização social. Contudo, para Fernando Tenório (1999), a partir do momento em que a cidadania do louco passou a ser reclamada, a reforma psiquiátrica teve seu marco inicial.

A Reforma, como afirma Juarez Furtado e Rosana Campos (2005), promove uma nova relação com a loucura e com as formas de abordagem da mesma, gerando, assim, uma nova resposta social frente o adoecimento e ao doente mental.

Dessa forma, envolve movimentos intersetoriais, a participação das famílias e usuários e uma convocação social através da promoção de Fóruns, Associações, Manifestações Públicas que possibilitam extrapolar o setor da saúde alcançando outros segmentos, como a Assistência Social, o Jurídico.

Nesse contexto, a saúde mental, refere-se não somente as questões políticas, mas também as questões éticas, só que relacionadas a uma singularidade, não do indivíduo, mas a singularidade de um determinado grupo. “Um grupo social portador de um traço comum (no

caso, “a loucura” e a exclusão social)” (FURTADO; CAMPOS, p. 166, 2005).

Dessa forma, ao realizar o direcionamento de estratégias e métodos que promovem a articulação de ações, saberes e sujeitos, torna-se possível potencializar a garantia de uma atenção integral que seja resolutiva, mas também humanitária. E isso se torna possível por meio da clínica ampliada (BRASIL, 2007).

A proposta da clínica ampliada é ser um instrumento por meio dos quais os profissionais de saúde, sejam eles trabalhadores ou gestores, possam perceber e atuar na clínica utilizando o potencial de seus saberes profissionais, mas indo para além deles e de qualquer fragmentação (BRASIL, 2007).

Assim, a clínica ampliada assume um compromisso com o sujeito adoecido, que é visto em sua singularidade; se responsabiliza pelos usuários do serviço; vai em busca de ajuda em outros setores (intersetorialidade), busca conhecimento desses outros setores, por reconhecer a limitação dos conhecimentos dos profissionais de saúde, bem como as limitações das tecnologias empregadas por estes e assume um compromisso ético firme (BRASIL, 2007).

Além disso, a clínica na saúde mental vem nos apresentar que existe no indivíduo um sujeito, e que este se posiciona no mundo, e vem também nos recordar as determinações sociais, políticas e ideológicas que também envolvem esse sujeito. Essas colocações nos remetem a necessidade de abordar ambos os aspectos nas intervenções realizadas ao que sofre (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Desse modo, é importante destacarmos a complexidade do campo da saúde mental que se constitui de forma plural, intersetorial e com transversalidade de saberes. Em oposição a psiquiatria, a saúde mental não tem apenas um tipo de conhecimento, o psiquiátrico, como referência fundamental, já que é exercido por profissionais diversos (psicólogas, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais) que agregam uma variada gama de conhecimentos e práticas (AMARANTE, 2011).

Os profissionais devem estar comprometidos com o ideal de mudança desse modelo para que não acabem por reduzir esse processo de mudança paradigmática a simples reestruturação dos serviços assistenciais. Evidentemente, os manicômios devem ser superados, mas isso deve ser efeito dos princípios e estratégias reformistas e não o objetivo em si (AMARANTE, 2011).

Compreender que qualquer tipo de categorização, de acordo com Marcela Lucena (2020), carrega uma tendência ao risco de reducionismo e ao estreitamento das possibilidades de existência, tanto humana quanto social é necessário. Visto que a psiquiatria, historicamente, se constituiu tomando por referência bases hegemônicas de ordem social e do que é tido por

puro, o que acaba por reforçar condições de privilégio e, por outro lado, a exclusão de muitos grupos sociais.

Dessa forma, a clínica ampliada convoca os profissionais de saúde a um exame permanente tanto de seus próprios valores quanto dos valores estabelecidos socialmente. Visto que o que pode ser tido como bom e certo para o profissional pode ser fonte de sofrimento para o usuário e atuar em prol de seu adoecimento (BRASIL, 2007).

Afinal, não são escassas as situações em que um adoecimento tem como causa ou agravamento situações de dominação e injustiça social que acabam passando despercebidas. Destacamos aqui situações que envolvem as relações de gênero, visto que estas são prevalentes em alguns contextos culturais (BRASIL, 2007).

Assim, por meio do compromisso ético com o usuário, cabe ao serviço de saúde ajudar esse usuário a enfrentar, ou minimamente perceber, essas determinações externas de seu sofrimento (BRASIL, 2007).

Por isso, é fundamental a existência dos serviços de atenção psicossocial, local onde todas as pessoas possam ser ouvidas em suas dificuldades. Esses serviços devem ser flexíveis e não burocratizados e repetitivos, já que isso evidencia que estariam abordando mais as pessoas que a doença (AMARANTE, 2011).

As Portarias ministeriais brasileiras 189/91 e 224/94 fundamentaram, como Serviços de Atenção Psicossocial, os hospitais-dias, oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS (AMARANTE, 2011).

Os CAPS são serviços abertos e comunitários de saúde mental, constituídos por equipe multiprofissional que oferecem atendimento, em sua área territorial, a pessoas em intenso sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, que estejam em processo de reabilitação psicossocial ou em situação de crise. (BRASIL, 2011)

Eles foram reformulados pelas Portarias nº 336/2 e 189/2 que acabaram por definir várias modalidades de CAPS, tomando como referência o quantitativo populacional. O CAPS I é implementado nos municípios que possuem entre 20.000 e 70.000 habitantes; O CAPS II entre 70.000 e 200.000 habitantes ; o CAPS III acima de 200.000 habitantes e tem funcionamento ininterrupto; o CAPSi realiza atendimento a criança e adolescentes e é implementado em municípios com quantitativo populacional superior a 200.000 habitantes; o CAPSad voltado ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas e implementado em municípios com população acima de 100.000 habitantes (AMARANTE, 2011).

Os CAPS têm papel estratégico na Rede de Saúde Mental, já que são serviços

substitutivos aos hospitais psiquiátricos. É função do CAPS o acolhimento a pessoas em grave e persistente sofrimento psíquico, por meio do fortalecimento e preservação de seus laços sociais no território. Cabe aos CAPS atuar a partir da produção de autonomia e responsabilização dos usuários que devem ser protagonistas em seu tratamento (BRASIL, 2005).

Esses serviços substitutivos foram criados em vários dos municípios do país e são regulamentados pelas Portarias 189 de 1991, que os define como sendo unidades de saúde a nível local/regional que deve oferecer cobertura a uma determinada população local e ofertar “[...] cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar” (AMARANTE; NUNES, p. 2071, 2018).

Mas adiante, em 2011, reforçando o movimento antimanicomial, foi instaurada a RAPS- Rede de Atenção Psicossocial- por meio da Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Esta, viria possibilitar um maior acesso à atenção psicossocial tanto a nível primário (atenção básica), quanto secundário (atenção psicossocial estratégica, com serviços como o CAPS) e terciário (urgência e emergência). Por meio da RAPS, há a promoção ao acesso dos pontos de atenção psicossocial e um trabalho integrado e articulado entre os pontos de atenção, o que permite uma maior qualificação do cuidado através de acolhimento, da continuidade do acompanhamento e da atenção ofertada às urgências (AMARANTE; NUNES, p. 2071, 2018). A RAPS, então, não teria por objetivo prioritário a criação de novos serviços, mas viria para unificar a rede e possibilitar um cuidado integral e longitudinal aos usuários dessa rede (MELO, 2017).

Mas, não poderia deixar de abordar aqui que no campo da saúde mental nem tudo são avanços. A partir de 2015, tanto o SUS- Sistema Único de Saúde- quanto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sofreram mudanças radicais que acabaram gerando retrocessos. No ano de 2017, no governo de Michel Temer (MDB)<sup>3</sup>, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), responsável pelo fortalecimento da RAPS, acabou por aprovar uma resolução que retoma o modelo manicomial e promove o desmonte das conquistas alcançadas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018). De lá até os dias atuais a RAPS vem lutando fortemente para não sucumbi mediante a lógica manicomial que vem sendo aos poucos sendo retomada.

---

<sup>3</sup> Enfatizamos que Michel Temer (MDB) chegou a presidência da república após um golpe parlamentar que culminou, em agosto de 2016, no impeachment de Dilma Rousseff (PT), legitimamente eleita por voto popular, e na eleição de Jair Bolsonaro (PL) em 2018 a presidência da república.

Essa contradição acaba por se tornar uma dificuldade que assola o movimento da reforma, já que na lógica manicomial, “[...] ao invés de se atentar para a convivência com a diferença e/ou loucura, há uma atenção voltada, predominantemente, para o diagnóstico, a categorização, a ordenação e a classificação das experiências de vida” (ANDRADE, p. 279, 2010).

Dessa forma, é importante entendermos a saúde mental como fruto de construções sociais, que acabam por ser responsáveis, ao longo da história, tanto pelos modos de subjetivação quanto pela própria produção de saberes e fazeres. Nessa mesma perspectiva, é importante compreendermos o gênero (ANDRADE, 2010).

No campo da saúde mental, o gênero se constitui em uma categoria que pressupõe abordarmos o sofrimento psíquico em sua relação com as questões sociais, culturais e de poder. Convém abordarmos ainda que tais sofrimentos são decorrentes da assimetria presente nas relações sociais entre os gêneros e da rigidez histórica dos papéis sociais e identidades de gênero. Ao falarmos sobre sofrimento, reiteramos que o sofrimento nessa perspectiva não se resume apenas a uma categoria psicopatológica, mas a uma experiência no campo subjetivo que acaba por mediar as relações cotidianas (ANDRADE, 2010).

A saúde mental e o gênero, de acordo com Ana Paula Andrade (2010) se constituem como fatores de subjetivação presentes tanto nas políticas públicas como nas formas de cuidado e de buscar esse cuidado nos serviços de saúde mental.

O uso da categoria gênero, para Anna Maria Santos 2009, deixa explícito as assimetrias nas formas como homens e mulheres se constituem, representam e estabelecem relações entre si. Fator que permeia a constituição das subjetividades e as interpretações sobre o sofrimento psíquico. Nesse contexto, o desafio que se impõe é incorporar aqueles que perdem a condição de sujeito por serem diferentes. E considerar que os mal-estares subjetivos são moldados por uma dada configuração social.

Assim, a não conformação aos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica gera a experiência do sofrimento psíquico (SANTOS, 2009). Nesses moldes, perceber-se que o gênero se produz, também, na complexidade das práticas realizadas nas instituições de saúde, onde saberes e poderes se inscrevem (ANDRADE, 2010). Dessa forma, para Michel Foucault (1997), os sujeitos passam a seguir as regras que por ele foram incorporadas, e que refletem as relações de poder que as instituições organizam e mantêm através do governo das suas ações em todas as esferas sociais.

Os efeitos dessas relações de poder, segundo María Izquierdo (2007) incidem sobre homens e mulheres e os assujeitam. Esse movimento opressor se sustenta tanto na estruturação

social quanto no modo como se estrutura a subjetividade.

Nessa perspectiva, para Benedito Medrado e Jorge Lyra (2008), é necessário tanto analisar o gênero a partir do aspecto relacional, compreendendo ou interpretando um funcionamento social que define hierarquia entre o masculino e o feminino, quanto considerar a compreensão do gênero como modo de subjetivação que se faz presente na experiência de sofrimento psíquico. E, que tem, de forma implícita, influenciado nos modos de pensar e intervir no campo da saúde mental (ANDRADE, 2010).

Abordar o sofrimento psíquico considerando os aspectos culturais e sociais exige a análise dos vários significados que os sujeitos atribuem a esta experiência de vida, colocando essa discussão na perspectiva das relações sociais pautadas na desigualdade de gêneros (SANTOS, 2009).

Ainda assim, a discussão sobre gênero e saúde mental foi alvo de interesse por parte das teorias feministas durante a década de oitenta, contudo, a partir da década seguinte acabou perdendo visibilidade. O que pode ter sido impulsionado pelo fato do uso da categoria gênero, para abordar fenômenos psíquicos, exigir o rompimento com o discurso biomédico sobre saúde mental, o qual estava sendo, neste mesmo período, foco de discussão no âmbito da reforma psiquiátrica (SANTOS, 2009).

Mas, é inegável que as questões de gênero estejam presentes nas experiências de desinstitucionalização fomentadas pela reforma psiquiátrica, na assistência ofertada através das práticas, e nas formas de subjetivação tanto de homens quanto de mulheres que frequentam os serviços substitutivos (ANDRADE; MALUF, 2017).

Assim, o gênero como um regime de subjetivação, forma de constituição subjetiva configurada pelas relações de poder, conforme Judith Butler, Joan Scott e Teresa de Lauretis citadas por Ana Paula Andrade e Sônia Maluf (2017), tem influenciado nos modos de pensar e de intervir no âmbito da saúde mental.

Portanto, os cuidados ofertados nos serviços de saúde mental, fruto do processo de desinstitucionalização, acabam por abrir espaço para novas formas de subjetivação não somente para os usuários desses serviços, mas também para seus familiares e os próprios profissionais (ANDRADE, 2010).

Nesse contexto, faz-se imprescindível considerar os valores e ideais de gênero que constituem a subjetividade dos profissionais de saúde mental e que acabam mediando, muitas vezes de forma acrítica, o diagnóstico ao se tomar alguns afetos ou comportamentos como não sendo adequado para aquela pessoa, seja ela homem ou mulher. Isso, não para apontar culpados, mas com a finalidade de identificar como as relações de gênero se institucionalizam e atualizam

afim de possibilitar mudanças efetivas no âmbito das relações sociais pautadas nas desigualdades de gênero (MEDRADO, 1997).

### 3 MASCULINIDADES EM PERSPECTIVA: DO HOMEM AO CABRA MACHO

Neste capítulo discorreremos sobre a construção social das masculinidades dando enfoque as construções de masculinidade no sertão nordestino. Por entendermos que os atravessamentos culturais acabam também por gerar definições mais aceitas de masculinidades que outras. Além disso, pela importância de refletirmos sobre esse processo de constituição das masculinidades para compreendermos melhor de que forma essas construções culturais acabam por caracterizar o cuidado em saúde dos homens.

#### 3.1 Construção Social das Masculinidades

Foi desde a década de 1960, de acordo com Marcio Souza (2009), que os estudos sobre homens e as masculinidades passaram a ser interesse nos países anglo-saxões. Isso decorrente tanto das contribuições do movimento feminista, quanto dos movimentos gay e lésbico que levantaram questionamentos sobre a masculinidade hegemônica<sup>4</sup>.

No Brasil, foi no final dos anos 80 que as masculinidades passaram a ser objeto de estudo em meio aos estudos de gênero (MEDRADO; LYRA, 2008). Assim, no ano de 1985, de acordo com Lisboa (1998) *apud* Souza (2009), foi realizado um “Simpósio do Homem”, evento organizado por homens e para homens. Esse simpósio, segundo Costa (1986) *apud* Souza (2009), deu origem a um livro: Macho-Masculino-Homem: a sexualidade, o machismo e a crise de identidade do homem brasileiro. Os debates realizados neste evento, de acordo com Lisboa (1998) *apud* Souza (2009), acabaram concluindo que os homens estavam vivendo uma crise. Crise com múltiplas causas, mas com destaque para as mudanças de comportamento das mulheres, mudanças morais e sexuais, e para os questionamentos feministas que se posicionavam contrários a dominação masculina sobre a sociedade e a família.

Muitas autoras e autores que abordaram inicialmente as masculinidades no Brasil, desenvolveram suas discussões a partir da ideia de crise dos homens. Tal crise era tida como

---

<sup>4</sup> A masculinidade hegemônica, segundo Robert Connell e James Messerschmidt (2013) é adotada, talvez, pela minoria dos homens, mas carrega o modelo ideal de ser homem, se fazendo referência para todos eles e exigindo que se posicionem por meio dela.

sendo decorrente da crise de uma masculinidade padrão e por isso hegemônica, que acabava por impor um peso aos homens. Mesmo sendo essa uma posição contestável, ao passo que os homens também desfrutavam das vantagens do patriarcado, ainda que em menor medida e que a masculinidade hegemônica é um padrão ideal e por isso nem sempre alcançável, essas discussões foram de fundamental importância para estimular reflexões que vieram a abordar a construção social da masculinidade no Brasil (SOUZA, 2009).

Contudo, nessa época, os trabalhos sobre masculinidades ainda se apresentavam de forma pouco sistemática, sem desdobramentos consistentes sobre o tema. Foi apenas na segunda metade dos anos 90 que as obras vieram a sistematizar as produções visando o aprofundamento desejado (MEDRADO; LYRA, 2008). Falar sobre masculinidade passou a ser uma proposta complexa e inovadora. De fato, como destacam Michael Kimmel (1992a; 1992b) e Steve Craig (1992), o homem e a masculinidade eram frequentemente tratados como padrão, modelo ou referência normativa (MEDRADO, 1997).

Como argumenta Benedito Medrado (1997), baseado em Enrique Gomáriz (1992), as produções sobre masculinidade podem ser organizadas em dois grandes blocos: aliados do feminismo - aqueles que se fundamentam nos avanços das teorias feministas (Kimmel, 1987; 1992a; 1992b); e os estudos autônomos sobre masculinidade - que não dialogam com as conquistas do movimento de mulheres nem se vinculam às discussões conceituais sobre gênero. Craig (1992), Kimmel (1992a; 1992b), entre outros, consideram que os estudos feministas produziram um corpo consistente de investigações empíricas e um nível de reflexão teórica fundamental para entendermos como são constituídas as relações sociais baseadas na diferenciação sexual e, principalmente, que forneceram tecnologias básicas para se processar mudanças nessas relações (MEDRADO, 1997).

Kimmel (1992) nos fornece uma definição importante para situar a presente pesquisa. Segundo ele, a masculinidade não está inscrita em nosso código genético, muito menos está fixada numa “corrente do inconsciente coletivo, esperando ser atualizada por um homem em particular, ou simultaneamente por todos os homens” (KIMMEL, 1992a: 135).

Neste sentido, segundo Medrado (1997), masculinidades e feminilidades são definidas como:

construções sociais que variam espacialmente (de uma cultura pra outra), temporalmente (numa mesma cultura, através do tempo), longitudinalmente (no curso da vida de cada indivíduo) e na relação entre os diferentes grupos de homens de acordo como sua classe, raça, grupo étnico e etário (p. 41-42).

A masculinidade, para Robert Connell (1995), é a organização de uma prática referente a posição dos homens na organização das relações de gênero e, como tal, baseia-se em uma narrativa convencional. Aspectos culturais compõe essa narrativa agregando definições de conduta e dos sentimentos adequados para os homens.

Desse modo, sendo a masculinidade uma construção social que se dá em diferentes níveis (relacional, contextual e histórico), uma das propostas importantes de análise tem focalizado na produção política das masculinidades.

Os estudos sobre a política da masculinidade contemporânea, em consonância com a perspectiva feminista, abordam o gênero a partir da consciência de sua historicidade. A compreensão dessa historicidade exige que se considere a luta por domínio através da definição central de masculinidade, que se constitui em consonância com os padrões normativos de gênero. Essa posição dominante agrega vantagens tanto materiais quanto psicológicas, mas abre espaço, por ser uma construção histórica, para contestação ou transformação ao longo do tempo (CONNELL, 1995).

É através dessa crítica da verdade instituída que se ancora uma leitura feminista de gênero. A qual, reconhece a dimensão relacional como sendo fundamental. Aqui, o gênero é abordado como efeito das relações sociais que tem por base as desigualdades percebidas entre os sexos. Sendo essas relações pautadas na assimetria de poder, o gênero é um campo através do qual o poder é articulado. Desse modo, faz-se necessário a rejeição da permanência e fixidez da oposição binária, como também, uma construção histórica analítica e a desconstrução dos termos da diferença sexual. Assim, destacamos o uso feminista do conceito gênero, que segundo Joan Scott (1995), é abordado como estratégia política de problematização das desigualdades decorrentes dessas diferenças.

Numa cultura patriarcal, a diferença se apresenta hierarquicamente, com o masculino fixado no polo de autoridade. Contudo, ainda que o patriarcado seja uma organização histórica em que há uma dicotomia caracterizada pela dominação de homens sobre as mulheres, existem grupos específicos de homens que se beneficiam menos com ele (CONNELL, 1995). Já que as masculinidades se constroem de forma simultânea em dois campos inter-relacionados de relações de poder, nas relações entre homens e mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações entre os homens (desigualdades baseadas na sexualidade, idade, raça, entre outras) (KIMMEL, 1998).

Nessa configuração das relações dos homens com os homens, de acordo com Djalma

Thürler e Benedito Medrado (2020), existe um modelo central de masculinidade: homem branco, classe média, no começo da meia idade, heterossexual, cisgênero. É esse modelo que dita os padrões para outros homens sendo a referência para defini-los insuficientes (KIMMEL, 2016). Essas desigualdades geram sofrimento psíquico e efeitos perversos sobre as masculinidades subordinadas, exigindo que haja a necessidade de incorporar os que foram excluídos da condição de sujeito por não reproduzir ou performar condições valorizadas.

Pesquisar sobre masculinidades denota não apenas apreender e analisar componentes culturais sobre o masculino, mas debater sobre estereótipos e preconceitos e abrir possibilidades para outras versões e sentidos (MEDRADO E LYRA, 2008), buscando extrapolar o modelo cisheteronormativo de sexualidade, como aborda Benedito Medrado; Tiago Corrêa e Jorge Lyra (2016), já que o sexismo e a homofobia são componentes da construção social de masculinidades (KIMMEL, 1998).

A cisheteronormatividade, para Judith Butler (2008) se constitui como sistema de organização social que toma a heterossexualidade como referência. Nessa perspectiva, instaura-se uma ordem social e sexual que deposita expectativas e demandas para homens e mulheres, estabelecendo uma relação linear entre corpo-sexo-gênero-sexualidade, constituindo normas regulamentadoras para o pertencimento social tanto de homens quanto de mulheres.

Contudo, existem determinados tipos de masculinidades que são mais aceitáveis que outros e se tornam hegemônicos, estabelecendo relações de poder e hierarquização (MEDRADO; CORRÊA E LYRA, 2016).

A masculinidade hegemônica, segundo Robert Connell e James Messerschmidt (2013) é adotada, talvez, por uma minoria, mas comporta o modo mais honrado de ser homem, exigindo que todos os homens a tenham como referência e se posicionem mediante ela. Apesar de ser um modelo ideal exerce um efeito controlador sobre todos os homens legitimando ideologicamente um processo de dominação masculina, como coloca Pierre Bourdieu (2005).

Portanto, a própria masculinidade se constitui por assimetrias internas (polaridade homossexual/heterossexual) e hierarquizações (do mais masculino ao menos masculino), como argumenta Miguel Vale de Almeida (1996). A ideia de hierarquização se torna perceptível, principalmente, na concepção de Robert Connell e James Messerschmidt (2013), através das experiências de violência e preconceito sofridos por homens homossexuais, parcela dos homens que não se enquadram no estereótipo padrão, por parte dos heterossexuais, representantes da masculinidade hegemônica. Entretanto, a hegemonia não tem relação direta com a violência, mas com uma estrutura social sustentada por aspectos culturais e institucionais.

Assim, pressupomos que as masculinidades são construções sociais e, como tal,

apresentam variação de cultura para cultura, ao longo do tempo em uma mesma cultura, variações dentro de uma cultura por meio do atravessamento de suas especificidades e ao longo da vida de qualquer homem (KIMMEL, 1998).

Enfatizamos ainda, que ao falarmos sobre masculinidade, é importante entendermos que tanto a masculinidade quanto a feminidade “são metáforas de poder e de capacidade de ação, como tal acessíveis a homens e mulheres” (VALE DE ALMEIDA, 1996, p. 161), e, portanto, não se sobrepõe a estes. Caso contrário, não seria possível falarmos sobre masculinidades, no plural, ou nas transformações nas relações de gênero.

A fluidez e contingência da relação existente entre masculinidade, homens e poder mostra-se por meio de análises etnográficas que se debruçam sobre os conflitos e diálogos que se estabelecem entre as masculinidades hegemônicas e subordinadas, ou por meio da multiplicidade particular de identidades masculinas, tanto ao longo da vida de um indivíduo quanto nas diversas interações ao longo da vida (VALE DE ALMEIDA, 1996).

Portanto, da mesma forma que são construídas, as masculinidades também são recorrentemente reconstruídas. Estão em constante mutação histórica, ainda que, não as vivenciamos como mutáveis devido a ideologia popular, que acaba por engessar o gênero em uma estabilidade e naturalidade, não abrindo espaços para se pensar essas mudanças. Contudo, o padrão de masculinidade atual, vinculado a família tradicional, é um modelo histórico recente de gênero, fruto do mundo moderno (CONNELL, 1995).

Isso vem evidenciar que a masculinidade não é somente uma construção cultural decorrente de um dado natural, mas que seu significado, aquisição e conservação envolve um processo social frágil, sob vigilância, autovigilância e disputa (VALE DE ALMEIDA, 1996).

### 3.2 Caminhos sertanejos para o cabra macho: ser homem no nordeste

A masculinidade é a organização de uma prática referente a posição dos homens na organização das relações de gênero e, como tal, baseia-se em uma narrativa convencional. Aspectos culturais compõe essa narrativa agregando definições de conduta e dos sentimentos adequados para os homens (CONNELL, 1995). Ser “macho” no Nordeste, segundo Durval de Albuquerque Júnior (2013), envolve a experiência de ser homem em um canto do país onde o ser masculino não define apenas a identidade de gênero, mas é um elemento definidor da própria identidade regional.

Ainda que o discurso da identidade regional atue a partir de uma lógica da semelhança, através da unificação de experiências, ele busca criar uma essência regional. E, parte de uma multiplicidade de elementos que agrega signos, discursos e práticas que se unificam em uma imagem homogênea que carrega o que seria característico da região. Contudo, esse discurso da identidade regional alterna entre o plural e o singular. A masculinidade é somente um componente da identidade regional do Nordeste, mas se faz essencial na formação da figura homogênea do nordestino (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

O nascimento de uma identidade nordestina aconteceu em um período em que a masculinidade ocidental passava por uma crise ocasionada pela industrialização e vivida pelos homens que compunha a elite brasileira, especialmente no Nordeste. A região, então, passou a ser vista como estando vivendo um processo de feminilização, de horizontalização e ainda se encontrava em crise econômica e política. Precisava, assim, de um sujeito macho, masculino, dotado de virilidade para reagir à essa passividade que vinha se instalando e também lidar com as adversidades típicas da região (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

O Nordestino foi definido como um poço de virilidade, um tipo masculino, macho em excesso, que registre as mudanças sociais que estariam resultando em uma sociedade feminilizada (BADINTER, 1992 *apud* ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

um homem que se situa na contramão do mundo moderno, que rejeita suas superficialidades, sua vida delicada, artificial, histérica. Um homem de costumes conservadores, rústicos, ásperos, masculinos. O nordestino é definido como um macho capaz de resgatar aquele patriarcado em crise, um ser viril, capaz de retirar sua região da situação de passividade e subserviência (ALBUQUERQUE JUNIOR, p. 150, 2013).

Era necessário um novo homem que preservasse as tradições e costumes se diferenciando dos demais brasileiros. O nordestino vem reaver as memórias dos tempos épicos em que se exaltavam as guerras, as lutas fraternas, em que havia a soberania da morte, qualidades que vem desaparecendo. O nordestino parece representar o reconhecimento de que, como coloca Albuquerque Junior, 2013, p. 181 “não se fazem mais homens como antigamente”.

Essa ideia de estabelecer o nordestino como um homem que não é medroso, que é forte e resistente ao clima semiárido do sertão concebeu, para Karinne Lira (2018), a idealização de um homem macho, viril e de coragem.

O sertão fica localizado no Nordeste, em uma de suas subdivisões e caracteriza-se pelo clima semiárido. Contudo, apesar do sertão ser uma parte do Nordeste brasileiro, esse termo se

muniu de uma força por meio do senso comum e através do imaginário social que sertão e Nordeste passaram a ser tidos praticamente como sinônimos (LIRA, 2018).

As representações do sertanejo, segundo Luísa Cruz (2019), apresentam-se atreladas a necessidade de ser valente para vencer as impossibilidades naturais decorrentes da seca que assola o sertão. O sertanejo é antes de qualquer coisa um “macho” que representa o patriarcado e se faz contrário ao que é superficial e delicado, de acordo com Cláudia Vasconcelos e Vânia Vasconcelos (2018).

Em geral, o sertão nordestino está associado ao cangaço. O cangaço representa uma conjuntura de transgressão, em que as regras e as leis não são respeitadas e impera a violência. De modo geral, refere-se a um grupo de indivíduos que percorriam os sertões praticando crimes, como assassinato e roubo. Ainda assim, o cangaço é um movimento marcado por uma ambiguidade, pois os seus integrantes, os cangaceiros, eram alvo de admiração por parte de alguns chegando a ser considerados heróis (LIRA, 2018).

Apesar das transformações socioculturais ocorridas no Nordeste e, conseqüentemente, no sertão nos últimos tempos, a sociedade sertaneja é herdeira de uma cultura machista e patriarcal (LIRA, 2018). Tanto que no imaginário social o homem nordestino foi cristalizado como sendo sujeito valente e até violento. Dessa forma, romper com a lógica heteronormativa, fazendo furo nessa imagem social, se constitui uma ofensa a família patriarcal (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

O avanço no processo de urbanização não foi suficiente para subverter o simbolismo e as características de ruralidade das cidades sertanejas, ainda hoje marcadas por uma forte religiosidade e relações de poder. Isso não se faz diferente no município pesquisa que, por estar localizada no sertão do Pajeú, carrega as especificidades e tradições do Sertão (CRUZ, 2019).

Desconstruir essas falas é problematizar o que é legítimo socialmente quanto a manutenção da estrutura hierárquica e autoritária de gênero, que domina a sociedade nordestina e legitima socialmente atos violentos contra o feminino e de aversão, receio e ressentimento pelo que ele representa (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

## **4 SITUANDO A DISCUSSÃO: O MUNICÍPIO PESQUISADO E SUA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Para articularmos os campos da saúde mental e das relações de gênero, entendemos, apoiados nas colocações de Marcela Lucena (2020), que é necessária a compreensão das relações sociais desiguais e o entendimento da forma como estas incidem na vida dos sujeitos, a partir de suas experiências e das construções sociais. Como também, se faz relevante situar as realidades locais, as relações sociais estabelecidas, os aspectos culturais e os espaços produtores de vida ao se considerar os cuidados em saúde mental. Dessa forma, pretendemos neste capítulo situar a realidade local em que esta pesquisa se desenvolveu através da contextualização histórica do município pesquisado, dando enfoque as construções de gênero, como também nos dispomos a fazer um desenho da Rede de Atenção Psicossocial desde município.

### **4.1 Contextualizando o município pesquisado: Terra de Lampião**

Nossa pesquisa foi desenvolvida em um município localizado no sertão pernambucano, há mais de 400 Km da capital Recife. É uma cidade de médio porte do Sertão de Pernambuco e localiza-se no cruzamento entre as estradas de acesso aos estados da Paraíba, Bahia e Ceará, e é ainda polo de educação, saúde e comércio, possuindo uma população superior a 80 mil habitantes (CABRAS DE LAMPIÃO, s/d). Apesar de sua dimensão territorial e volume populacional, é uma cidade em que circulam frequentemente pessoas oriundas da zona rural, que acessa os serviços públicos de saúde da cidade.

A ruralidade, de acordo com Karen Karam (2004), é uma forma de viver que se organiza a partir de relações internas próprias e diferentes da urbana. Há, assim, uma sociabilidade específica do mundo rural que abarca um modo singular de ser e viver. Este, segundo José Martins (2020), é atravessado por seus processos sociais e históricos.

Dessa forma, Magda Dimenstein et. al. (2015), é fundamental o reconhecimento dos efeitos políticos e subjetivos decorrentes da luta por terra que constitui as particularidades das ruralidades em geral, e também do município em que realizamos este estudo.

A cidade onde a pesquisa foi realizada surgiu em meados do século XVIII, a partir da

chegada de colonizadores portugueses. Agostinho esteve nesta cidade no anseio de montar um engenho de cana de açúcar, contudo percebeu que não dispunha de capital suficiente para tal. Assim, como outros imigrantes, ele resolveu ir aos sertões em busca de explorar a criação de gado (CABRAS DE LAMPIÃO, s/d).

O capitão-mor, assim, instalou uma fazenda de gado às margens do Rio Pajeú e na encosta de uma serra que pareceria ser cortada a prumo. Com localização privilegiada, por se encontrar no entrecruzamento entre as estradas que levavam a Paraíba, Bahia e Ceará, a Fazenda logo passou a ser ponto de encontro de vaqueiros que se dirigiam a esses destinos. Formou-se assim, um agrupamento de feirantes que negociavam principalmente animais, mas também outros bens. Nessa mesma época, por volta de 1789/1790, foi construída uma capela para fazenda, sob bênçãos de Nossa Senhora da Penha (CABRAS DE LAMPIÃO, s/d).

Com o desenvolvimento do comércio decorrente do agrupamento de vaqueiros, a fazenda passa a aproximar-se de um povoado e transforma-se na Vila Bela, sendo emancipada de Flores em 06 de maio de 1851. A partir dessa mesma data, o Coronel da Guarda Nacional Manoel Pereira da Silva foi nomeado seu intendente. Manoel Pereira da Silva e sua esposa Ana Joana Pereira da Cunha são os patriarcas da poderosa família Pereira, da qual fazem partes senhores e barões de toda ribeira do Pajeú, ícones do coronelismo brasileiro (CABRAS DE LAMPIÃO, s/d).

Após a emancipação política da Vila Bela, de acordo com Cristiano Soares (2015), fazia-se necessária tanto para os líderes políticos quanto para a família Pereira, representante da elite agrária, a criação da burocracia municipal. Assim, os cargos governamentais passaram a ser ocupados por aliados da família Pereira. Essa região foi, dessa forma, um espaço urbano construído social e espacialmente por uma família abastarda com a finalidade de ser seu território.

A partir da elaboração do espaço urbano e de se oficializar como sede da comarca, Vila Bela passou a ser o principal centro de comércio do sertão do Pajeú, agregando todas as feiras das vilas próximas. Com isso, outra família passa a consolidar o seu poder através do domínio do comércio, a família Carvalho (SOARES, 2015).

Apesar de terem se estabelecido no campo a partir da segunda metade do século XVIII, os Carvalhos desviaram sua atenção para as atividades comerciais conseguindo, a partir do início do século XX, estabelecer sua base de poder no espaço urbano da Vila Bela (SOARES, 2015).

O domínio de poder dos Carvalhos mediante os espaços urbanos, levou os Pereiras a reagir de forma irredutível a sua perda de hegemonia, o que resultou em uma guerra travada

pelos Pereiras contra os Carvalhos. Como estratégia de luta, os Pereiras utilizam o nomadismo, isto é, dedicavam-se ao cangaço. Sem território fixo, apostando no deslocamento rápido, ataques e fugas recorrentes eram o que garantiam a sobrevivência e a representação dos Pereiras em campos onde eles não eram hegemônicos (SOARES, 2015).

A resistência dos Pereiras sustentava-se nas ações dos cangaceiros Sebastião Pereira (Sr. Pereira) e Luís Padre, que se deslocavam incessantemente pelas vilas e fazendas do Pajeú destruindo os meios de produção dos Carvalhos que, por sua vez, financiavam ataques contra os rivais, buscando garantir seu domínio no espaço urbano da Vila Bela (SOARES, 2015).

As famílias Pereira e Carvalho construíram, assim, uma estrutura de proteção embasada na ação de grupos armados, o que acabou se fazendo origem do cangaço. Destes, faziam parte homens decididos a derramar sangue em busca de fazer justiça com as próprias mãos buscando defender a honra da família. Entre esses homens, Lampião, o rei do cangaço, que passou a integrar o bando de cangaceiros do Sr. Pereira e investia contra Zé Saturnino, assassino de seus pais e integrante do bando da família Carvalho (SOARES, 2015).

Lampião veio acabar com a tradição de atitudes simpáticas ainda mantidas outrora pelos valentões chefes de quadrilhas que esboçavam gestos cativantes e realizavam ações de generosidade, poupando as crianças, respeitando os idosos, cobrando dívidas de ricos que se recusavam a quitar, entre outros. O rei do cangaço, assim, acabou por desmoralizar o cangaceiro de tipo romântico, pois era malvado, fora da lei, estuprador e gerava uma onda de crueldade sem sentido por onde andava (CASCUDO, 1968 *apud* ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

A aliança entre Lampião e a poderosa família contribuiu para a consolidação da figura de Lampião como propagador do estigma da cidade, que passou a ser tida como “terra de cabra macho e valente”, “capital do xaxado” ou “Terra de Lampião”. Isso promoveu uma modificação das relações sociais locais e no sertão do médio Pajeú, conhecido até os dias atuais como sendo espaço de masculinidade. Assim, são construídos discursos e imagens a respeito do sertão do Pajeú e da cidade, na maioria das vezes, visando afirmar os estereótipos de valentia, de macheza (SOARES, 2015).

Mesmo que tenham se passado 83 anos da morte de Lampião, ele ainda permanece sendo homenageado no município em que esta pesquisa foi realizada, onde vários locais fazem referência ao cangaço e a sua biografia (CRUZ, 2019). Desse modo, na capital do xaxado, ainda se perpetua uma cultura patriarcal evidente e um modelo de masculinidade pautado na figura do cangaceiro Lampião, que acaba sendo referência, para outros, na contemporaneidade.

O que reflete, segundo Alexya Lima (2019), o engessamento das normativas de gênero em localidades rurais ou atravessadas pela ruralidade, as quais se tornam ainda mais evidentes

devido a repressão e negação de modos que escapam a essas normas gerando exclusão tanto do convívio social quanto a nível institucional.

Ainda que as ruralidades venham se modificando, as normativas de gênero e noções de família ainda carregam um poder simbólico e discursivo. Mesmo mediante uma realidade heterogênea e destoante das normas, a população como um todo acaba por não atualizar tais paradigmas (LIMA, 2019).

#### 4.2 A Rede de Atenção Psicossocial no município pesquisado

Pernambuco foi o terceiro Estado do país a promulgar Lei própria, Lei 11.064 de 16 de maio de 1994, que determina a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral a saúde mental. Vem assim investindo em projetos de desinstitucionalização desde então e atuando na redução de lacunas a nível assistencial, por meio

de pactuação, planejamento e implementação da RAPS pelos governos municipais, estadual e federal, para que a população possa acessar a rede regional, que deve ser composta por Unidade de Saúde da Família, Consultório na Rua, NASF, Centro de Convivência, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II, CAPS AD III, CAPSi, SAMU, UPA, Hospital Geral, Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (UAIJ), Serviço Residencial Terapêutico, projetos culturais e de geração de renda articulados com o campo da saúde mental (PERNAMBUCO, p.16, 2018).

Assim, Pernambuco é um dos estados que mais reduziu o quantitativo de leitos psiquiátricos de longa permanência, tendo por objetivo a extinção dos mesmos. Pernambuco ainda é uma das referências nacionais no que tange a reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) devido sua pactuação no nono Comitê Intergestores Bipartite<sup>5</sup> para modelagem da RAPS e dos pactos regionais estabelecidos em todas as regiões de saúde do Estado para implementar os dispositivos de cuidados indispensáveis a oferta integral de

---

<sup>5</sup> Instância política, técnica e intergovernamental, entre os governos estadual e municipal, onde as políticas públicas de saúde são planejadas, implementadas e negociadas.

assistência à saúde mental (PERNAMBUCO, 2018).

Para articulação, “indução, discussão ampliada, implantação, vistoria, acompanhamento, qualificação, monitoramento e avaliação da política de saúde mental” (PERNAMBUCO, p.15, 2018), a nível local, o Estado dispõe da Gerência de Atenção a Saúde Mental do Estado (GASAM) que atua de forma articulada com coordenações municipais e/ou referências de saúde mental e com as Gerências Regionais de Saúde (GERES).

As GERES foram criadas para apoiar os municípios que compreendem a sua área e fortalecer as políticas públicas de saúde. Pernambuco tem 12 Gerências Regionais de Saúde e nossa pesquisa foi realizada na XI GERES, que tem sua sede em Serra Talhada. Além de Serra Talhada, outros nove municípios estão sob a administração da XI GERES: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte e Triunfo. Juntos estes possuem uma população aproximada de 234.379 habitantes (PERNAMBUCO, 2021).

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial do município em que se realizou a pesquisa se constitui de: 01 CAPS III, que é referência Regional para os municípios que compõem a XI GERES; 01 CAPSad III, que também é Regional; 01 CAPSi, referência microrregional para os municípios de Betânia e São José do Belmonte; 01 Residência Terapêutica, que foi inaugurada em março de 2019 para desinstitucionalizar os usuários do Hospital Colônia Vicente Gomes, situado no município de Barreiros, na Zona da Mata Sul; O Hospital Memorial Irmã Dulce, referência para 59 municípios. Foram implementados ainda 04 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM) que tem por finalidade o atendimento de comorbidades (PERNAMBUCO, 2021).

Chamamos atenção aqui para o fato de termos entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental o Hospital Memorial Irmã Dulce, antigo Hospital Psiquiátrico São Vicente que por muitos anos foi referência em cuidados em saúde mental da região.

Durante toda a minha infância e adolescência, em que residia ainda em Sertânia- PE, situada a aproximadamente 121 km de onde realizamos a pesquisa, ouvia histórias de internações psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico São Vicente. Ouvia ainda que o município em que se deu a pesquisa era “terra de doido”, já que mediante qualquer crise mais grave em saúde mental a pessoa em sofrimento era encaminhada para lá.

Anos depois, ao retornar para o sertão, desta vez para residir e para trabalhar no CAPSad III, presenciei a luta do movimento antimanicomial para transformar essa realidade hospitalocêntrica. Já que mesmo mediante a existência de uma Rede de Saúde Mental composta por serviços substitutivos- CAPS, em especial, o Hospital Psiquiátrico São Vicente permanecia

como referência naquela região.

Após muitas lutas, o Hospital Psiquiátrico São Vicente mudara de razão social se transformando no atual Hospital Memorial Irmã Dulce que ainda mantém em seu *website* a denominação Hospital Psiquiátrico. O Hospital Memorial Irmã Dulce fica localizado no Borborema, bairro periférico do município em que realizamos a pesquisa e trabalha com internação psiquiátrica de duração máxima de 90 dias.

Em meados a esse processo de mudança de razão social, foram se implementando os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. O primeiro deles foi o CAPSad III. Este foi inaugurado em julho de 2010.

O CAPSad III é um serviço regional que atende a todos os municípios da XI GERES. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. Conta com uma equipe multiprofissional composta por psicólogas, enfermeiros, farmacêutico, auxiliar de farmácia, terapeuta ocupacional, assistente social, técnico em enfermagem, médico psiquiatra. Presta assistência em saúde mental a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tanto em nível de reabilitação quanto de crise ou situações mais agravadas. Fica localizado em bairro nobre da cidade.

Dois anos após a implementação do CAPSad III, em 2012, foi inaugurado o CAPS II. O CAPS II, nesse período inaugural, atendia exclusivamente a população da cidade em que realizamos este estudo, tanto prestando cuidados em saúde mental a pessoas com transtornos mentais que se encontravam em situação agravada ou de crise, quanto em nível de reabilitação. Funcionava em período diurno, de segunda a sexta. E contava com uma equipe multiprofissional composta por psicólogas, enfermeiros, médico psiquiatra, farmacêutico, assistente social, técnico em enfermagem, profissional de educação física.

Em 2014, foi implementado o CAPSi, serviço que fica localizado em bairro nobre da cidade e oferta cuidados a nível psicossocial diurno, de segunda a sexta, a crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. E, conta com uma equipe multiprofissional composta por psicólogas, enfermeiros, farmacêutico, auxiliar de farmácia, assistente social, técnico em enfermagem, médico psiquiatra.

Todos os CAPS do município onde realizamos esta pesquisa são gerenciados pelo poder municipal e realizam seu primeiro atendimento por demanda espontânea ou por referência de algum serviço do território de saúde. Da mesma forma que em outras instituições, o usuário pode ir acompanhado ou sozinho. As instalações são em uma residência comum, o que afasta qualquer referência hospitalar e os atendimentos acontecem individualmente ou por meio de grupos terapêuticos, facilitados pelos diversos profissionais da equipe.

Os recursos para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 provêm das “dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585- Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade” (BRASIL, p.233, 2011). Tais recursos, relativos à contrapartida federal, são repassados para o Fundo Nacional de Saúde Municipal (CAPS municipais) ou estadual (CAPS estaduais).

A Residência Terapêutica (RT) do município em que realizamos esta pesquisa foi inaugurada em março de 2019 com a finalidade de desinstitucionalizar os usuários do Hospital Colônia Vicente Gomes, situado no município de Barreiros, na Zona da Mata Sul (PERNAMBUCO, 2021). A partir da entrada no serviço de RT, esses usuários deram continuidade a seu tratamento nos CAPS da cidade e são acompanhados tanto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto por cuidadores que ofertam suporte no quesito alimentar e em outros cuidados básicos. A RT, como as demais Residências Terapêuticas, fica localizada na área urbana em um bairro nobre da cidade.

Para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, em 2021, o CAPS II se transformou em CAPS III. Essa mudança teria por objetivo ampliar a cobertura de atendimento, que antes se restringia a cidade em que esta pesquisa foi realizada, para abranger os dez municípios da XI GERES. Ademais, como CAPS III, o horário de funcionamento seria estendido para 24 horas ininterruptas durante todos os dias da semana. Com essa nova especificidade, esse serviço busca fortalecer ainda mais o processo de reabilitação psicossocial e acolhimento já realizados pelo CAPS II promovendo a ampliação do cuidado ofertado aos usuários.

Contudo, o CAPS III pesquisado, apesar de implementado no município, ainda não foi habilitado, por meio de portaria junto ao Ministério da Saúde, o que resulta no não repasse financeiro por parte do Governo Federal, ficando ao encargo financeiro do município somente. O que, conseqüentemente, impossibilita que a oferta de cuidado seja ampliada a todos os municípios pertencentes a XI GERES ficando, assim, ainda restrito ao âmbito local, mesmo funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana.

## 5 MASCULINIDADE, CUIDADO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL: CAMINHANDO PELO QUE JÁ SE SABE

Neste capítulo, apresentaremos o produto de nossa revisão bibliográfica realizada na *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *PePsic (Portal de Periódicos em Psicologia)* e *BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)*. Realizamos essa pesquisa bibliográfica a partir de uma perspectiva mais ampla, afim de discorrer sobre as masculinidade e saúde. Mas também afunilamos um pouco a nossa busca e realizamos uma pesquisa mais focada no campo da saúde mental, buscando discorrermos sobre os atravessamentos entre saúde mental, sofrimento psíquico e construção social das masculinidades.

### 5.1 Masculinidades e saúde

A perspectiva de gênero apresenta-se como instrumento teórico-metodológico e também político para se problematizar e intervir nas desigualdades existentes entre homens e mulheres. Mesmo assim, para Márcia Couto e Suellen Dantas (2016), ainda que abordado de modo conceitual e havendo a problematização das relações sócio-históricas e dos modos da realidade social, os estudos voltados a mulher ainda prevalecem. O que pode ter se constituído como fator dificultador para se ampliar as discussões sobre as desigualdades de gênero dando enfoque as dificuldades dos homens (MEYER, 2004; ARILHA, 2010 *apud* COUTO; DANTAS, 2016).

Ainda que seja evidente que o modo como os homens vivenciam e constituem suas masculinidades relaciona-se com suas formas singulares de adoecimento e de morte, essa construção e vivência é diversa e variável assim como o são suas formas de lidar com a saúde e a doença. Uma reflexão referente ao exercício da sexualidade masculina aponta isso. A exigência feita aos homens para exercerem de forma intensa, diversa e variada a prática sexual, certidão da virilidade, de acordo com Wilza Vilella (2005), acabou ocasionado na disseminação de HIV tanto entre mulheres quanto entre homens que se denominavam heterossexuais.

Ao que se refere a saúde, na maioria das vezes, os homens negam que estejam acometidos por alguma dor ou sofrimento, ou que se encontrem em uma situação vulnerável para reafirmar a força masculina e delimitar a diferença com o feminino (MACHIN *et al.*, 2011; RUIZ; TILIO, 2020). Soma-se a isso o temor de encontrar-se improdutivo ou incapacitado, já

que o homem trabalhador que procura alguma atenção em saúde converte-se em “vagabundo”. Ao passo que sendo seu sofrimento atestado pela medicina legal, ele transforma-se em vítima de sua incapacidade agregando-se ao grupo das masculinidades que se encontram no limite das masculinidades não legitimadas (TITTONI, 1994 *apud* SANTOS; NARDI, 2018).

Em consonância a isso, Wagner Figueiredo e Lilia Shraiber (2011) citando D’Oliveira; Shraiber (1999) e Shraiber (2005), apontam que o próprio sistema de cuidado em saúde constrói um comportamento de saúde pautado no modelo dominante de atribuições de gênero, o que acaba reservando aos homens a invisibilidade. A própria organização dos serviços, como destaca Rosana Machin *et al.* (2011), funciona em torno do cuidado em saúde materno-infantil. E, ainda que seja através de viés disciplinador do corpo feminino, as vivências das mulheres acabam por ser exploradas mais detalhadamente que o dos homens, que tem seu atendimento focado nas queixas e patologias não aparecendo questões relativas as masculinidades (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Assim, Lilia Schraiber (2010) aponta que os profissionais de saúde acabam por exercerem condutas mais generalizadas quanto ao cuidado em saúde dos homens centrando-o no modelo biomédico de viés curativo com foco em sintomas e sinais. Nesse sentido, faz uma crítica a medicalização através da cultura de gênero e modelo de masculinidade hegemônica, por esta invisibilizar as desigualdades de gênero e os aspectos relacionais entre masculinidades e sofrimento ou adoecimento.

Marcia Couto e Suellen Dantas (2016) chegam a enfatizar a necessária participação de homens de diferentes estratos sociais como também o engajamento dos profissionais de saúde para que se tornasse possível instrumentalizar as práticas de cuidado em saúde da população masculina.

Apesar da discussão de Rosana Machin *et al.* (2011) apontar que o gênero ordena e normatiza práticas sociais, organiza percepções e é condicionante das práticas dos profissionais de saúde investigados, Lilia Schraiber (2010) chama atenção para o não reconhecimento dos profissionais na construção cultural de adoecimento e cuidado, sem ao menos terem a percepção de que nas práticas de assistência oferecem consultas rápidas e com oferta de respostas prontas. Maria Toneli, Marina Souza e Rita Muller (2010) como também Juliana Ruiz e Rafael Tilio (2020) apontam que a dificuldade de participação dos homens nos serviços de saúde se dá tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, que atribuem isso a aspectos histórico- culturais e as questões relativas à infraestrutura da instituição.

Desse modo, a forma como os profissionais e instituições diferem os gêneros pode reafirmar padrões tidos como adequados, discriminando os que não se padronizam. Isso pode

levar a deslegitimação das expressões de masculinidades não hegemônicas (COUTO & GOMES, 2012 *apud* RUIZ; TILIO, 2020). Assim, abordar a saúde dos homens numa perspectiva de gênero exige levar em conta as diversas possibilidades de exercício das masculinidades não se detendo apenas na hegemônica, ainda que esta seja a mais típica (RUIZ; TILIO, 2020).

Por fim, sem renunciar às tecnologias que aí se encontram, não seria possível resgatar as questões retiradas através do reducionismo do modelo biomédico, entre elas pontos específicos das masculinidades no tocante ao cuidado em saúde dos homens (SCHRAIBER *et al*, 2010).

## 5.2 Saúde Mental, sofrimento psíquico e construção social das masculinidades

As masculinidades são resultado das práticas de determinada sociedade e cultura e, por isso, são fruto de aprendizado, códigos, rituais, performance e atos. Em nossa cultura, esse aprendizado se dá por meio do sofrimento, e através da dor decorrente do fato de entre os homens ter que haver competição, ter a necessidade de se ser o melhor e não poder expressar fragilidade (WELZER-LANG, 2001 *apud* WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016).

A construção do padrão hegemônico de masculinidade compreende os padrões sociais determinados para homens e tem por objetivo a diferenciação entre estes e as mulheres. Tais padrões, de acordo com Rafael Silva e Eduardo Melo (2021), acabam por tornar-se normatizações expressas por meio de estereótipos e internalizadas pelas pessoas.

O processo de internalização desses padrões hegemônicos é apontado por Rafael Silva e Eduardo Melo (2021) como sendo um dos fatores tanto gerador de sofrimento quanto influenciador na forma de expressão e de reconhecimento desse sofrimento.

Na nossa cultura ocidental, por exemplo, o processo de subjetivação dos homens se dá por meio desse ideal hegemônico de virilidade, o qual impõe não expressar afetos que denotem fragilidade, resultando na pouca ocorrência de homens que venham a chorar em público ou na presença de outras pessoas (ZANELLO, 2014 *apud* WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016).

Sendo o quadro emocional de tristeza um dos definidores do quadro de depressão (LUTZ, 1985 *apud* WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016) e o choro considerado sintoma de tristeza pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) a não identificação desse sintoma poderia resultar no não diagnóstico de depressão entre homens, de

acordo com Naiara Windmöller e Valeska ZANELLO (2016).

Assim, Valeska Zanello (2014), chama atenção para a necessidade de uma postura crítica frente ao fato de se considerar somente fatores epidemiológicos na área de saúde mental, sem considerar os atravessamentos de gênero (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016). E, propõe, o “dispositivo de eficácia” como categoria de análise capaz de promover a compreensão das vivências de sofrimento dos homens (BAÉRE; ZANELLO, 2020).

O dispositivo da eficácia masculina é um caminho a partir do qual os homens se subjetivam. Ele fundamenta-se sobre a virilidade sexual e do trabalho. A virilidade sexual relaciona-se com a sexualidade ativa, como a virilidade laborativa constitui-se a partir da valorização da produtividade e do acúmulo de bens (ZANELLO, 2008 *apud* BAÉRE; ZANELLO, 2020).

Devido a virilidade sexual e do trabalho garantir a preservação da identidade masculina passa-se a fazer um grande esforço para assegurá-las, o que acaba por gerar adoecimento psíquico aos sujeitos que não conseguem alcança-las e/ou mantê-las (WINDMÖLLER, 2016 *apud* BAÉRE; ZANELLO, 2020).

Além do mais, devido o valor da masculinidade está também associada a virilidade laborativa, o sujeito que não estiver de acordo com os padrões estabelecidos socialmente pode vir a ter sua autoestima intensamente abalada, resultando em possível surgimento de ideações suicidas. Dessa forma, segundo Felipe Baére e Valeska Zanello (2020), há um sofrimento intenso mediante o fato do sujeito não conseguir alcançar ou perder a crença em alcançar reconhecimento profissional.

Ainda assim, existe uma discrepância entre as informações referentes a suicídio e depressão em homens, o que associado as dificuldades no reconhecimento do sofrimento psicológico dos homens e tendência a encenação desse sofrimento, foi apontado como a “crise silenciosa” da saúde mental de homens (SILVA; MELO, 2021).

Dessa forma, a maior prevalência de transtornos mentais em mulheres não exclui a possibilidade de que os homens sejam também acometidos por esses sofrimentos, mas que nestes este não seja reconhecido. O que indica uma subnotificação diagnóstica de transtornos mentais comuns em homens (SILVA; MELO, 2021).

Portanto, segundo Naiara Windmöller e Valeska Zanello (2016), as construções sociais das masculinidades, muito provavelmente, afetam as expressões de sofrimento de homens. Pois, os padrões hegemônicos de masculinidade, ao que tudo indica, fazem parte do núcleo de sofrimento dos homens, e também acabam por definir suas formas de cuidado (SILVA; MELO, 2021).

Assim, o machismo pode vir a ser, para uma parte dos homens, causa de sofrimento e adoecimento mental, e se fazer ainda obstáculo ao processo de enfrentamento dos mesmos ao não permitir mediações ou reflexividade (SILVA; MELO, 2021).

## **6 POSICIONAMENTO ÉTICO-METODOLÓGICO E O DESENHO DESTA PESQUISA**

Como dito anteriormente, essa pesquisa tem por objetivo geral analisar, por meio de uma perspectiva psicossocial construcionista, a produção de sentidos sobre masculinidades e saúde entre profissionais de saúde mental, a partir da promoção de cuidados no sertão pernambucano. Para tanto, buscamos investigar repertórios discursivos sobre homens, masculinidades e saúde produzidos por profissionais que atuam no campo da saúde mental; analisar regularidades e contradições nessas produções e compreender se (e como) esses/as profissionais articulam saúde mental e gênero em suas práticas discursivas.

E, para apresentar nossas escolhas e percursos metodológicos, iniciaremos esse capítulo reafirmando que nos filiamos a autores/as que questionam o modelo biomédico psicopatologizante, predominantemente técnico, que acaba por, em algumas pesquisas, direcionar as concepções e os processos referentes a saúde-doença (BOSI; GUERREIRO, 2016).

Nossa abordagem envolve considerar, para além da dimensão técnica, as relações intersubjetivas, as formações culturais, o afeto, as responsabilidades e o envolvimento de todos os participantes do processo, se afastando da concepção positivista de construir ciência e da pretensão de trazer verdades absolutas ao que nos propomos pesquisar.

Entendemos, assim como Conceição Nogueira (2001), que é necessário compreendermos o conhecimento científico não como leis universais ou afirmações de verdades, mas como poder social e que explicações sobre a natureza das pessoas ou da vida social carregam limitações no tempo e na cultura.

Partindo dessas concepções, nos filiamos a epistemologias feministas que propõe uma ciência baseada na interpretação, nos tropeços, na tradução e no que é compreendido de forma parcial, precária e provisória, portanto, que não se pretende universal ou generalizante. Os sujeitos que aqui se inscrevem (incluindo os/as interlocutores/as, mas também a pesquisadora e seu orientador), são sujeitos múltiplos. A tradução/análise a que nos propomos é, portanto, interpretativa e dotada de criticidade e parcialidade. Dessa forma, a objetividade inscrita aqui enuncia, como propõe Donna Haraway (1995), saberes localizados. Essa leitura feminista, assim, refere-se a um posicionamento crítico, em um dado espaço social marcado pelo gênero e por sua construção histórica.

Os estudos sobre masculinidades, que dialogam ou se fundamentam no a partir de uma

matriz feminista, abordam o gênero a partir de sua historicidade e abrem espaço para contestação e transformação do “instituído” ao longo do tempo. É através da crítica de verdades instituídas socialmente que se ancora uma leitura feminista de gênero. A qual, reconhece a dimensão relacional como sendo fundamental. Aqui, o gênero é abordado como efeito das relações sociais que se estabelecem entre homens, homens e mulheres e mulheres. Sendo essas relações pautadas na assimetria de poder. Assim, destacamos o uso feminista do conceito gênero, abordado como estratégia política de problematização das desigualdades decorrentes das diferenças sexuais (BARBIERI,1992; SARTI, 2004; SCOTT, 1995 *apud* MEDRADO; CORRÊA & LYRA, 2016).

Dessa forma, reiteramos nossa compreensão da pesquisa como produção situada, e por isso, precária, dotada de parcialidade e provisoriedade e reafirmamos a indissociabilidade entre ciência e política (HARAWAY, 1995).

Tal posição política é também ética. E a condição ética é capaz de provocar, nas situações da pesquisa, um afetar-se pelo estranho, gerando acolhimento as diferenças que emergem. Assim, para Maria Lúcia Bosi e Iara Guerreiro (2016), compreender a pesquisa como um processo atravessado pela ética implica relacionar-se e responsabilizar-se para com o outro em sua diferença, exigindo a todo instante um exercício crítico sobre a abertura ao acolhimento das diferenças e sobre as posições de saber/pode, para que estas não se fixem em um único pólo mas alternem entre os/as interlocutores/as.

Desse modo, ressaltamos o termo ético-metodológicas, já que a metodologia convoca a todo momento uma postura ética, que, em consequência, acaba por também definir escolhas metodológicas (BOSI; GUERREIRO, 2016).

## 6.1 A produção da pesquisa a partir do construcionismo social

Nessa dissertação, adotamos a concepção de conhecimento como construção social e cultural conjunta. Entender o conhecimento a partir dessa perspectiva consubstancia-se adotar o construcionismo social.

O construcionismo social, de acordo com Conceição Nogueira (2001) é uma abordagem que envolve os seguintes pressupostos fundamentais apontados por Kenneth Gergen (1994): 1) a criticidade mediante o conhecimento adotado como “verdade”; 2) considerar que a compreensão do mundo se dá por meio de artefatos sociais inscritos histórica e culturalmente;

3) a descrição do mundo e de si se dá por meio de vicissitudes do processo social ao longo do tempo; 4) o significado da linguagem está atrelado ao seu funcionamento social dentro das interações; 5) avaliar as formas discursivas envolve a avaliação de padrões culturais de vida.

Portanto, para Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (1999), uma perspectiva construcionista, enfatiza a necessidade de promovermos um processo de desconstrução de noções enraizadas culturalmente, desfamiliarizando crenças que se constituíram a partir de jogos de verdade. Nesse caso, como observa Túlio Quirino (2012), a verdade é correspondente à “verdade de nossas convenções”, das relações e acordos sociais que estabelecemos e dos nossos acordos institucionais que estabelecemos em nosso dia-a-dia. Entendemos, assim, as pessoas como sendo socialmente construídas, agentes discursivas históricas e culturais; efeitos das relações de poder intrínsecas a esses discursos (NOGUEIRA, 2001).

Para o construcionismo social deve-se problematizar e desfamiliarizar essas construções sócio-históricas das quais tanto o sujeito quanto o objeto são efeitos. Como também compreender que não somos capazes de apreender os objetos que se nos apresentam sem considerar nossa categorização, nossas práticas, convenções e linguagem SPINK, FREZZA, 1999).

O construcionismo nos dá subsídios para pensar o gênero para além das perspectivas naturalizada e/ou dualista, nos dando condições de análise a partir das estruturas de poder e do posicionamento dos atores sociais nas estruturas da sociedade. O construcionismo social aborda o gênero como construção social, como um conjunto de significados construídos nas relações e organizados nas interações. Ele não é um atributo do indivíduo, mas uma forma de construir significado nas tramas do interior das relações sociais (NOGUEIRA, 1997).

A pesquisa construcionista convoca-nos a rever convenções a partir da compreensão de que estas são regras construídas socialmente e historicamente localizadas, focalizando as práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano (SPINK, FREZZA, 1999).

A análise de práticas discursivas na perspectiva do construcionismo social, busca identificar regularidades e contradições nos repertórios discursivos dos participantes (SPINK; FREZZA, 1999).

Nessa perspectiva, as entrevistas realizadas nesta pesquisa foram analisadas a partir do mapa de associação de ideias, proposta por Mary Jane Spink (2010). Os mapas permitem a preservação das interações e são instrumentos que possibilitam visualizar o processo sem perder de vista o caráter interacional, o que permite identificar o que acontece mediante certas colocações ou até ações. O mapa é uma tabela com colunas temáticas definidas, geralmente, a partir do roteiro das entrevistas/conversas realizadas.

Nessa abordagem teórico-epistemológica das práticas discursivas a ênfase se dá no processo através do qual as pessoas se explicam, explicam o mundo em que vivem e o descreve. As práticas discursivas remetem, assim, aos momentos ativos do uso da linguagem, os quais integram tanto a regularidade quanto a diversidade de repertórios (SPINK; MEDRADO, 2004).

Trabalhar com práticas discursivas envolve considerar três dimensões básicas, de acordo com Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2004): linguagem, tempo/história e pessoa. A linguagem é aqui compreendida como prática social a partir da concepção de *linguagem em uso* e abordada no entrelaçamento entre sua dimensão performática e suas condições de construção, que envolvem o meiosocial e interacional. Assim, compreendemos que o enunciado surge em uma teia de enunciados que se organizam de forma complexa. E que o falante faz uso de um sistema de linguagem e enunciações que lhe antecem ao produzir um enunciado. Desse modo, são os nossos repertórios interpretativos, os conteúdos das práticas discursivas, que constroem o sentido.

No tocante ao tempo/história, o trabalho compreende três dimensões temporais: o tempo longo, que refere-se a construção social discursiva composta pelos conteúdos culturais de uma dada época; o tempo vivido que refere-se ao processo de socialização ao qual somos expostos e por meio do qual temos acesso a repertórios linguísticos; e, o tempo curto, “marcado pelos processos dialógicos” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 31).

A dimensão de pessoa, vem dizer do foco voltado aos processos dialógicos da produção humana. Assim, sustentar posições de pessoa é a potencia das práticas discursivas. Ocupar uma posição envolve a incorporação de repertórios interpretativos, como também diz do lugar que a pessoa ocupa nas relações, que não está isento dos jogos de poder. As práticas discursivas envolvem, desse modo, “o uso de repertórios e posicionamentos identitários” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 37).

Através dessa abordagem, em consonância com Benedito Medrado e Mary Jane Spink (2004), pretendemos abordar os fenômenos sociais tencionando suas dimensões particulares e gerais, almejando modificar a ordem social a partir da construção de instrumentais que sustentem essa transformação. Buscamos nos comprometer ainda com a produção de saberes que venham abrir novas possibilidades de atuação no campo da saúde mental.

Por fim, reconhecemos, apoiados em Conceição Nogueira (1997), que a prática de pesquisa construcionista nos deu possibilidades de inovação através da desconstrução, da democratização e da reconstrução. A desconstrução por possibilitar uma postura de criticidade mediante ao que é tido como verdade, abrindo possibilidades de construções outras. A democratização, por permitir uma maior quantidade de vozes no diálogo. E a reconstrução onde

podemos apontar novas práticas e realidades outras.

A partir do exposto, desenvolvemos uma pesquisa com enfoque qualitativo, por esta, segundo Maria Cecília Minayo (2016), dar ênfase ao fenômeno humano como componente da realidade social. Ademais, por ser uma abordagem atenta aos aspectos socioculturais que se expressam através “de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas” (MINAYO, 2017, p.2).

É importante enfatizarmos que nossa pesquisa não se alinha a postura que percebem as abordagens qualitativas como um instrumento de desvelamento que tem por finalidade manejar e controlar práticas voltadas aos grupos sociais investigados. Mas orienta-se por uma leitura que reconhece os achados decorrentes dessa abordagem como sendo estratégicos instrumentos de diálogo e negociação. Aqui vigora um posicionamento ético de respeito para com as diferenças, buscando assim a construção de novas práticas que agreguem benefícios as ações em saúde e, em especial, em saúde mental (BOSI; GUERREIRO, 2016).

## 6.2 Produção de informações: instrumento e escolhas metodológicas

Para produção das informações que compuseram essa dissertação foram realizadas entrevistas/conversas realizadas no cotidiano do serviço com os/as profissionais que compõem a equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (Tipo III)<sup>6</sup> e que se voluntariaram a participar dessa pesquisa.

No que se refere as entrevistas/conversas no cotidiano do serviço, a exemplo de Vera Menegon (2004) e Túlio Quirino (2012), partimos de uma perspectiva crítica quanto à legitimação da entrevista como meio produção de sentidos, percebendo a conversa como recurso para promover informações em campo. Possibilitando, assim, a desconstrução da formalidade da entrevista, mas não abrindo mão de um roteiro de temas que devem ser abordados.

Nossa leitura, a exemplo do que propõe Benedito Medrado e Jorge Lyra (2015), reconhece a entrevista como prática discursiva situada e orientada politicamente. Dessa forma,

---

<sup>6</sup> CAPS III é uma modalidade de Centro de Atenção Psicossocial implementado em municípios que tem mais de 200 mil habitantes. É um serviço que oferta cuidados em saúde mental a adultos acometidos por transtornos mentais graves e persistentes e funciona 24h por dia todos, os dias da semana (AMARANTE, 2011).

é preciso abordar tanto a produção de sentido, por meio dos efeitos e uso da linguagem, quanto as condições em que ela foi produzida e até mesmo a forma de produzir ciência. A entrevista, se consitui, dessa forma, como um processo de diálogo onde há acordos e negociações, como também tensões e conflitos, que nem sempre são explícitos.

No quesito metodológico, o objetivo maior da entrevista é produzir conhecimento a respeito de questões já postas anteriormente, fazendo referência aos modos de vida dos interlocutores-alvo da investigação. No geral, as entrevistas envolvem a produção de narrativas referentes a determinados aspectos das histórias de vida das pessoas, sobre seus costume, valores, entre outros, a fim de dar condições a construção redes interpretativas que venham significar as relações entre os sujeitos e seu cotidiano (QUIRINO, 2012).

Nessa dissertação, construímos nosso *corpus* de análise a partir de entrevistas/conversas semiestruturadas. Contudo, ainda que tenhamos definido previamente o roteiro de temas que foram propostos, destacamos, em acordo com Benedito Medrado e Jorge Lyra (2015), que o que foi abordado acabou por ser pactuado pela entrevistadora e entrevistados a partir de seus interesses. Reforçamos aqui que esse movimento dialógico nem sempre se dá de forma explícita.

### 6.3 Desafios metodológicos da pesquisa em conjunturas particulares

É importante enfatizar que nossa pesquisa foi desenvolvida em uma cidade de médio porte do Sertão de Pernambuco, a qual é composta também por uma expressiva zona rural e cuja rede de serviço atende não apenas à população local, como também às pessoas que residem em cidades próximas, de menor porte e, notadamente, população oriunda do meio rural. Dessa forma, sentimos a necessidade de discorrermos brevemente sobre as ruralidades.

Nesta dissertação, não entendemos o mundo rural como um meio que acabou por reduzir-se a homogeneidade da contemporaneidade. Consideramos os modos de vida aqui presentes em suas especificidades, buscando observar os processos sociais, que dão particularidade a organização socioespacial das ruralidades, em suas permanências, modificações e emergências, de acordo com Karen Karam (2004). Dito isto, reforçamos os desafios da pesquisa em meios rurais já apontados por Magda Dimenstein *et al.* (2015).

O primeiro desafio, segundo Dimenstein *et al.* (2015), consiste na resignificação no nosso imaginário social de que rural e urbano são polos opostos; que sustenta a ideia de que as

ruralidades são atrasadas e retrógradas em contraposição aos urbanos que são modernos e avançados.

Em oposição a isso, é importante reconhecermos que o campo e a cidade não são realidades isoladas, mas estão interligados pelos efeitos do capitalismo global que exerce influência sobre as diferentes conjunturas e acaba por gerar, em ambos, dificuldades tanto de ordem econômica quanto social e cultural. Ainda assim, mesmo que carreguem modificações como produto desse processo, tanto as zonas rurais quanto os urbanos guardam suas especificidades (DIMENSTEIN *et al*, 2015).

Um segundo desafio que se apresenta é o enfoque a desigualdade existente em relação aos aspectos de produção social, cultural e político entre os meios urbanos e rurais. Ainda faz parte da realidade do campo a oferta de uma quantidade e variedade menor de serviços (DIMENSTEIN *et al*, 2015).

Ao estudarmos a RAPS do município estudado, por exemplo, percebemos a ausência de alguns serviços que deveriam compor essa rede de assistência, entre eles, os Centros de Convivência e Cultura, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Consultório de Rua. Ainda que nosso objetivo aqui seja trabalhar a produção discursivas dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III, acreditamos que os encaminhamentos e direcionamentos que poderiam envolver a práticas desses profissionais teriam outra abrangência mediante a presença desses serviços.

O terceiro desafio apontado por Magda Dimenstein *et al* (2015) vem dizer da necessidade de considerar as especificidades que compõe a zona rural. Como também os efeitos políticos e subjetivos decorrentes dessas especificidades.

Dessa forma, não poderíamos deixar de trazer para o debate a luta por terras e conflitos de famílias que estão no seio da criação do município, como também o atravessamento do cangaço e a figura de Lampião que até os dias atuais se faz referência de masculinidade.

Ademais, nas cidades de médio porte as pessoas se conhecem e acabam, por isso, a interagir com mais familiaridade. As relações sociais são marcadas por afetividade e pautadas por amizade. Isso acabou por facilitar a minha chegada e interação no serviço. Como também, acabou por dificultar um pouco o lugar que eu estava ocupando naquele momento (pesquisadora), já que havia convocação para que eu ocupasse o lugar de profissional em saúde mental que ocupei outrora.

Devido morar em na cidade pesquisada, desde 2014 e ter feito parte da RAPS, como psicóloga do CAPS-ad III, conheço alguns dos profissionais que compõe o serviço, por já ter trabalhado com eles ou realizado discussões de casos. Ao chegar ao serviço para o contato

inicial, fui muito bem recebida como amiga/colega de trabalho o que facilitou meu acesso ao serviço e a disponibilização dos profissionais. Mas acabou por ser um desafio para mim, que ali estava principalmente como pesquisadora e não como profissional atuante na saúde mental, por mais que isso faça parte de mim.

Nessa condição, precisei impor alguns limites para não me afastar do meu objetivo ali. Um exemplo disso, foi ter sido convidada a ir a reunião de equipe, que acontece com todos os profissionais para discussão de casos, para participar da reunião e finda essa me apresentar, apresentar nossa pesquisa aos profissionais e fazer o convite para participarem desta. Mediante o convite, coloquei que, nesse momento, não seria interessante que eu estivesse presente na reunião devido ainda não ter tido contato referente a pesquisa com os profissionais daquele espaço. Após essa colocação, percebi indícios de novo sentido a minha presença ali por meio da reformulação do convite, que eu fosse antes do início da reunião para apresentar minha pesquisa e fazer o convite aos demais profissionais.

#### 6.4 O espaço de produção: contextualizando o CAPS III

Dentre os três CAPS que funcionam no município pesquisado, descartamos realizar nossa pesquisa no CAPSi, pois, como argumenta Connell (1995), as masculinidades têm relação não somente com relações sociais, mas também se refere a corpos, assim, ao se referir a homens, estamos nos referindo a pessoas adultas com corpos masculinos. Também não optamos pelo CAPS-AD III, devido entendermos que poderíamos cair em uma discussão sobre álcool e outras drogas, o que nos limitaria nossas análises a uma dimensão particular dessa experiência. Dessa forma, optamos por realizar nossa pesquisa exclusivamente no CAPS III.

O CAPS III é uma modalidade de Centro de Atenção Psicossocial implementado em municípios que tem mais de 200 mil habitantes e funciona de forma ininterrupta, ofertando acolhimento noturno e pernoite aos/as usuários/as. É um serviço que acolhe pessoas adultas acometidas por transtornos mentais graves e persistentes (AMARANTE, 2011).

O CAPS III é localizado na região central do município onde realizamos esse estudo em um espaço com características predominantemente residenciais. Conta com cozinha, sala de estar, dormitórios masculino e feminino para usuários, dormitórios para equipe plantonista, banheiros, sala de grupo, sala de atendimento individual, sala de equipe, recepção e espaço de lazer com piscina. Tem uma área externa razoavelmente grande, mas a área interna tem caráter

reduzido, considerando o público amplo que o serviço propõe a receber. A estrutura mostra-se bem conservada e cuidada e, ao que parece, foi adaptada para atender as necessidades do serviço ali ofertado.

Foi inaugurado em 2021 e atualmente tem um amplo quadro de técnicos em saúde mental, composto por 04 técnicos em enfermagem, 01 cuidador em saúde, 03 assistentes sociais, 07 enfermeiros, 01 médico psiquiatra, 01 psicóloga clínica, 01 gerente administrativa, 01 farmacêutica e 01 auxiliar em farmácia.

Tais profissionais atuam tanto na modalidade de plantonistas- técnicos em enfermagem e enfermeiros, quanto na modalidade de diarista, demais profissionais da equipe. Dessa forma, o CAPS III conta com uma escala de trabalho e revezamento entre os técnicos em saúde mental que atuam no espaço.

Contudo, devido a equipe multiprofissional também apresentar a necessidade de trabalhar de forma interdisciplinar, todos os profissionais se reúnem nas quartas-feiras pela manhã para reunião de equipe que tem por objetivo a discussão e encaminhamento de casos. Razão pela qual o serviço não atende ao público externo neste dia e turno, voltando ao atendimento comum na parte da tarde.

A assistência ofertada se dá a nível individual e grupal, tanto para o usuário, por meio do atendimento individual e participação nos grupos terapêuticos, quanto para a família, por meio de atendimento familiar.

Entretanto, o cuidado ofertado pelo CAPS III não se limita ao espaço físico da unidade, indo além de seus muros por meio das visitas domiciliares e matriciamentos às Equipes de Saúde da Família. Assim, o centro atua também a nível territorial.

O CAPS III é um serviço aberto e ao chegar e tocar a companhia, a porta é liberada de imediato e temos acesso a recepção, onde nos espera algum membro da equipe para nos acolher e nos direcionar a resolução de nossa demanda imediata.

Durante a realização da pesquisa, foram realizadas visitas a instituição. Foram presenciadas momento inicial da reunião de equipe, acolhimento de usuário que estava retornando ao tratamento depois de um tempo de afastamento, grupo terapêutico e observada a rotina diária dos usuários que se encontravam no respectivo dia da visita.

Observamos que durante a semana em horário diurno, há um número maior de usuários em tratamento. Diferente do final de semana, em especial o domingo, e do horário noturno, em que o serviço se mostrou mais esvaziado.

Percebemos que, durante a observação, o dia mais movimentado foi o dia de atendimento médico psiquiátrico e do grupo terapêutico facilitado pela psicóloga. Dia em que

também foi solicitado pelos usuários atendimento individual, após o lanche servido ao final do momento grupal.

O CAPS III oferece, além do acolhimento e cuidado em saúde mental, as principais refeições diárias para os usuários em tratamento, como também lanches ao longo do dia. A hora do lanche, é um momento de socialização dos usuários entre si e também entre eles e os demais profissionais da equipe que estão trabalhando naquele dia.

### 6.5 Interlocutores

O material que produzimos nessa pesquisa é produto das entrevistas/conversas realizadas com os profissionais de saúde mental que compõe a equipe do CAPS III e da observação realizada no cotidiano desse serviço, a qual foi registrada em diário de bordo. Fizemos a primeira visita ao CAPS III para uma conversa com a coordenadora e para esclarecer os objetos da pesquisa e também para solicitar sua anuência quanto a realização da pesquisa naquele espaço, ainda que já tivéssemos a autorização da secretária de saúde do município.

Nesse primeiro momento, marcamos um segundo encontro na quarta-feira, dia em que, como já posto, é realizada a reunião de equipe, para que eu pudesse ser apresentada aos profissionais de saúde mental e pudesse falar sobre nossa pesquisa convidando-os a participar das entrevistas/conversas.

Em paralelo a realização das entrevistas/conversas, foi realizada a observação no cotidiano do serviço, o que acabou por resultar na construção de vínculo que possibilitou uma aproximação maior de alguns profissionais e conseqüentemente facilitou o processo de entrevistas/conversas.

Dos 20 profissionais que compõe a equipe de Saúde Mental do CAPS III, 05 se disponibilizaram a participar das entrevistas/conversas. Destes, um é técnico de nível médio e os demais de nível superior. Três são homens e duas são mulheres.

Quanto ao tempo de formação dos/as profissionais e o tempo em que atuam no CAPS III, segue as informações na tabela 1 a seguir:

**Tabela 1- Tempo de formação e atuação dos/das profissionais no CAPS III.**

Profissional	Tempo de formação	Tempo de atuação no CAPS III
Triunfo	Aproximadamente 09 anos	Aproximadamente 03 anos.
Ouricuri	Aproximadamente 25 anos	Aproximadamente 01 anos.
Floresta	Aproximadamente 35 anos	Aproximadamente 12 anos.
Sertânia	Aproximadamente 10 anos	Aproximadamente 05 anos.
Salgueiro	Aproximadamente 05 anos	Aproximadamente 03 anos.

Devido estarmos pesquisando em meio urbano de médio porte, com forte expressão rural, e o número de profissionais do serviço ser relativamente pequeno, quando dividido por categoria profissional ou outra forma de categorização, além da que já realizamos acima, não vamos fazê-lo a fim de preservar a identidade dos/as que se dispuseram a participar dessa pesquisa.

Ainda com a finalidade de manter o anonimato dos/das interlocutores/as, optamos por identificar os/as participantes por meio de nomes de cidades do sertão pernambucano. Utilizamos os seguintes nomes: Sertânia, Floresta, Triunfo, Ouricuri e Salgueiro.

As entrevistas/conversas seguiram um roteiro pré-definido, que abordavam assuntos que a nosso ver eram caros aos nossos objetivos. Contudo, não se detinham a eles, sendo realizados novos questionamentos quando julgamos necessário, dando um caráter mais fluido a esses momentos que seguiam por diversas direções.

Todas as entrevistas/conversas foram realizadas no próprio serviço, em local reservado e silencioso, escolhido pelos profissionais participantes. Os horários se deram a partir da conveniência destes, tendo sido bem diversos, tanto quanto aos turnos tanto quanto aos dias.

Quanto ao material produzido a partir das entrevistas/conversas, ressaltamos que este não pode ser utilizado a parte de seu processo de produção, por não apresentar qualquer compromisso com a verdade jurídica, excluindo assim, a possibilidade de se fazer peça de processo.

## 6.6 Cuidados éticos

A pesquisa que adota a postura do construcionismo social pensa a ética a partir de seu próprio processo interno. Dessa forma, adotar uma postura ética na pesquisa construcionista

exige um compromisso com três princípios básicos fundamentais: 1- construir a pesquisa considerando que a mesma é uma prática social; 2- garantir transparência nos procedimentos tanto de produção como de análise das informações, tornando-as visíveis e compreensíveis. 3- aceitar a relação dialógica intrínseca entre pesquisador e participante (SPINK, MENEGON, 1999).

Para tanto, Mary Jane Spink e Vera Menegon (1999), apontam três cuidados éticos que se fazem essenciais na pesquisa de cunho qualitativo: o consentimento informado, a garantia de anonimato e a preocupação com a relação ao abuso de poder na relação dialógica entre pesquisador e pesquisado.

Considerando que esta pesquisa está vinculada a projeto mais amplo do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades- GEMA/UFPE, que versa sobre “Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, e é coordenado pelos professores Benedito Medrado e Jorge Lyra, não foi necessária que a mesma fosse submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPE, já que o referido projeto já contava com essa aprovação. Assim, para cumprir os demais requisitos éticos na construção dessa pesquisa, tendo por objetivo cumprir os aspectos citados acima, fizemos uso da Carta de Anuência e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.

A Carta de Anuência é um instrumento por meio do qual a autoridade responsável pela instituição dá autorização e se compromete a colaborar com o processo de pesquisa. Foi um instrumento utilizado no período inicial de contato com a responsável pela instituição e firmado antes do início da produção de informações.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por sua vez, é um instrumento voltado aos participantes, no nosso caso, os profissionais de saúde mental. Refere-se a uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa explicitando-se os riscos e benefícios que a envolvem. Foi utilizado na situação das entrevistas e firmou o nosso compromisso para com o anonimato dos/das participantes e a responsabilidade para com a pesquisa e a publicação dos resultados, como também, a possibilidade do/da participante declinar de sua disponibilidade a qualquer momento. O termo foi lido junto de cada um/uma dos/das participantes, antes de iniciar o roteiro de entrevistas, e foi questionado se havia alguma dúvida ou consideração a ser posta. Após sanadas as dúvidas e mantida a disponibilidade de participação, o/a participante assinou o termo e demos andamento a entrevista.

Enfatizamos ainda que para garantir o anonimato dos que se disponibilizaram a participar da pesquisa, não fizemos qualquer tipo de referência a identidade pessoal ou profissional.

Em relação as entrevistas/conversas, tivemos todo o cuidado de fazer negociações com os/as profissionais para realizar da forma o mais confortável possível, buscando não alterar a rotina dos profissionais no serviço e nem do serviço em si. Dessa forma, as mesmas aconteceram no cotidiano do serviço, em local reservado e silencioso, e de acordo com a disponibilidade de cada um/uma. Destacamos ainda, que todas as entrevistas/conversas realizadas foram fruto de convite e livre aceitação.

Para garantir o resguardo das relações de poder, buscamos firmar nossa postura ética na pesquisa, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança com os/as participantes, assegurando que estes poderiam declinar de qualquer resposta ou solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento, se assim o desejassem. Como também, buscamos ter todo cuidado e compromisso para com os objetivos da pesquisa exclusivamente, declinando de qualquer questão que fosse apenas para sanar curiosidade ou que não fosse contribuir com a construção dessa dissertação.

## **7 REPERTÓRIOS DISCURSIVOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE HOMENS, MASCULINIDADES E SAÚDE NO COTIDIANO DO SERVIÇO**

Neste capítulo, trataremos, de forma específica, do trabalho realizado por nós no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) pesquisado. Os repertórios discursivos expostos são fruto de entrevistas/conversas realizadas em encontros com os/as profissionais de saúde mental.

Para realizar as análises, descritas abaixo, organizamos o nosso material bruto através de categorias. As quais foram construídas em consonância tanto com a nossa abordagem teórico metodológica, quanto com os objetivos de nossa pesquisa. Nos inspiramos no mapa de associação de ideias, proposto por Mary Jane Spink (2010).

No tocante as categorias da síntese temáticas, as mesmas foram criadas, tomando como exemplo a discussão de Vera Menegon (2004), que compreende que estas são resultantes do entrelaçamento do uso que os participantes dão aos repertórios interpretativos, da literatura que nos foi referência durante a pesquisa, do nosso referencial teórico e metodológico e da minha própria interpretação como pesquisadora. Trabalhamos, dessa forma, de acordo com as proposições de Mary Jane Spink (2010), ao definirmos categorias situadas, as quais mantêm conexão com o seu processo de criação e permitem visualizarmos o processo considerando seu caráter interacional.

Construímos três blocos de categorias temáticas, a saber: Saúde mental e gênero; Masculinidades, cultura e sofrimento psíquico; Masculinidades e oferta de cuidado em saúde mental. Destacamos, que, ainda em consonância com Vera Menegon (2004), os três temas por nós definidos apresentam-se nas conversas de forma inter-relacionados, contudo na síntese temática foram apresentados de modo separados e expostos por meio de trechos das conversas. Os tópicos a seguir têm por objetivo a apresentação e discussão desses eixos temáticos.

### **7.1 Saúde mental e gênero: o olhar dos/as profissionais de saúde mental**

A partir da Reforma Psiquiátrica, o velho modelo asilar segregador foi substituído por uma prática assistencial mais humanitária que propunha a reabilitação ativa e a inclusão social

(MACIEL, et al., 2009). Dessa forma, o ideário de periculosidade, perda de razão, alienação que sustentava a permanência de instituições disciplinares, punitivas e de custódia, que evocavam a correção moral, perderam força (AMARANTE, 2011).

A Reforma Psiquiátrica propiciou a reformulação dessa clínica que se utilizava do isolamento ou tratamento moral como conduta terapêutica e viria focar nas possibilidades de criação humana, na sociabilidade e também nas subjetividades (AMARANTE, 2009).

Desse modo, o processo desencadeado pela Reforma não vem propor apenas uma mudança na oferta assistencial, mas envolve o estabelecimento de um novo lugar social destinado a loucura, ao que é diferente, ao que diverge. Isso, através da desconstrução do imaginário social que compreende os diferentes como incapazes sociais e incapazes de trocas sociais (AMARANTE, 2009).

Contudo, vemos na fala de Triunfo, que o processo de segregação social, herança da velha prática psiquiátrica, parece ainda muito presente no cotidiano dos serviços.

**Triunfo:** Isso! E aí é importante que ele entenda, e aí... a gente vê que existe um tabu, um tabu, um tabu muito grande, sabe? Quando se fala em público de CAPS tipo III que aborda pessoas que tem transtornos ou adoecimentos mentais e... **existe um tabu muito grande com relação a esse público, porque a reforma psiquiátrica ainda é nova.** Assim, no meu ponto de vista embora tende a, tenha alguns anos aí, mas é muito nova com relação a história da psiquiatria no Brasil. Porque a psiquiatria ela excluiu, sabe? **A sociedade tem ainda uma visão segregadora, isso é muito ruim.** E... e esse ser, ê... **essa pessoa entender que ela pode seguir sua vida da melhor forma possível com o não, com, com, fazendo uso ou não de medicação é muito difícil essa construção.** Porque muitas veze é associado o uso da medicação a limitação, sabe? Isso é muito... difícil! Eu acho que é muito difícil ser trabalhado, ainda, sabe? Ainda! Seja de forma individual, seja forma familiar, seja de forma coletiva é muito difícil ainda trabalhar... a questão.

Ademais, Salgueiro aborda o ainda presente estigma de “doido” relacionado as pessoas que estão com algum sofrimento psíquico e a necessidade de um ainda processo temporal para se compreender tal sofrimento como adoecimento.

**Salgueiro:** ... É... eu percebo que esse, essas pessoas que são mais antigas, 60 anos tem uma resistência maior a vim ao serviço do que o, as pessoas mais jovens, sabe? A gente percebe essa diferença por mais que ainda exista um preconceito muito grande nesse sentido. **Que aí a gente tem diversas campanhas, né? Como o, o Setembro Amarelo, o Janeiro Branco... Que tem**

**o objetivo maior, além de levar a prevenção, mas de abordar essa temática pra que as pessoas entendam que o adoecimento mental não é coisa de doido, né?** Como as pessoas usam essa palavra pe... pejorativa. E aí eu entendo o processo e acredito que é porque é muito pouco tempo, sabe? É... eu gosto de dizer que 100 anos, 200 anos num dá tempo cê fazer nada. É por isso que a vida é tão curta, porque você veja... A, talvez, eu acho que não tem nem 200 anos ain, nem 200 anos ainda da abolição da escravatura e ainda hoje a gente viu essas pessoas sofrem preconceito, sofrem racismo só por conta da sua cor. Então imagine esse processo que aconteceu em 1970, né? Essas Reformas Psiquiátricas, esse olhar diferenciado, essa é, é essa busca por não querer excluir. Então eu entendo esse processo, sabe? É... são pessoas que vivenciaram outra cultura, vivenciaram outra história e que ainda não tem a mente muito aberta pra forma como a gente tá buscando trabalhar hoje. **Então eu acho que vai demorar um pouquinho de tempo até que todo mundo consiga realmente compreender o adoecimento mental e consiga entender que é... como eles gostam de falar não é frescura, não é besteira. Que realmente é um adoecimento, né?** Então eu acho que parte disso. **Só que o homem ele apresenta um pouco mais do que a mulher... Talvez seja por isso que o índice de suicídio seja maior, né? A, a tentativa de suicídio seja maior em mulheres, mas é... a efetividade seja maior em homens. É, o homem é mais efetivo e a mulher ela tenta mais. Então talvez seja por conta disso também, né? Esse preconceito. E porque a mulher busca mais o serviço no sentido de... buscar realmente um atendimento e realmente entender que tá doente e que precisa fazer uso da medicação, sabe? Acho que existe esse diferencial aí.**

O gênero, no campo da Saúde mental, como enfatizado por Ana Paula Andrade (2010), constrói-se como uma categoria que pressupõe a abordagem do sofrimento psíquico considerando sua relação tanto com as questões sociais quanto com as questões culturais e de poder.

Dito isto, ressaltamos que na fala de alguns/mas dos/das entrevistados/as, como é o caso de Salgueiro acima e de Sertânia abaixo, há uma ênfase para o fato de que ainda parece existir um tabu social em torno da saúde mental, sustentado não só por questões sociais, mas atravessados por questões de gênero.

Dessa forma, ainda que ambos os públicos, homens e mulheres, vivam esse preconceito social referente ao seu sofrimento psíquico e não queiram ser associados ao serviço de saúde mental, isso acontece ainda mais com homens do que com mulheres, salvo algumas mulheres de classe social mais elevada.

Além disso, como destaca Salgueiro no trecho destacado acima, ele entende que talvez devido esse preconceito, os homens apresentam uma maior dificuldade em compreender seu adoecimento e em buscar um atendimento, o que os leva a práticas efetivas de suicídio, em

contraposição as mulheres que a realizam em maior quantidade, mas que apresentam menor efetividade.

**Jamille:** (...) e quando esse homem chega, assim..., ele vem com a família, ele vem só? Como é?

**Sertânia-** A maioria das vezes é com a família que eles vêm. Até porque a gente sempre pede pra vir acompanhando de um familiar, né? Quando a gente vai dar informação, a gente pede. Pra gente poder entender também, porque muitas vezes eles não compreendem sobre o adoecimento dele, né? Quando você diz... Pronto! Recentemente teve um que veio da clínica, né? Um rapaz jovem de 23 anos. Quando a gente conversou, aí eu perguntei porque, se ele sabia me explicar porque que ele tinha ido pra clínica, né? Se ele sabia o motivo que ele foi. Aí ele disse: “Eu sei. Eu parei de tomar as medicações que eu tomava e toquei fogo na casa”. Eu digo: “Mas você já teve esse...” Aí eu fui tentar buscar sobre que entendimento, sobre aquele comportamento dele. Ele tinha um entendimento do adoecimento. Que desde os 16 anos, que o que ele relata né? Pelo o, o CID ele tinha esquizofrenia. Ele não sabia o que era esquizofrenia, ele sabia que ele ouvia umas vozes, as pessoas mandavam ele fazer algumas coisas, ele não entendia o porquê. Isso por ele não entender, ele começou a se isolar. Aí ficou depressivo, foi quando internaram ele. O primeiro internamento que ele teve, né? Nesse segundo, ele disse que depois parou a medicação, começou tudo de novo. Mas assim, mas ele já saiu de lá bem, mas assim é... tentando buscar saber mais sobre o porquê que ele ficava naquela situação, né? **Então assim, ele sai muito leigo sobre o adoecimento, né? Por não procurar um serviço de saúde. Ele disse: “Ah não, eu vou tá procurando serviço de saúde? ” Porque os colegas, né?, ficam falando: “Ah! Mas você tá participando de um serviço como o CAPS?” Alguns chegam dizendo que eles não querem nem dizer que vem pra o CAPS que é pras pessoas não começarem a estigmatizar porque ele faz tratamento, né? Aí a gente trabalha essa aceitação do usuário também em relação ao seu adoecimento.**

**Jamille:** Tu sente que isso é tanto homem quanto mulher ou os homens são mais?

**Sertânia:** Os homens são mais nessa parte, né? Tem algumas mulheres quando já é de um... de uma classe social mais elevada eles tem esse tipo de comportamento de não querer dizer a ninguém que faz parte do serviço, mas geralmente é o homem. E quando é muito comprometido, eles não... vem mais tens uns que não sabe porque que vem. A gente tenta explicar o que é esse serviço. Outros chegam perguntando, né?, porque que eu fui encaminhado pra cá. Aí quando falam do que... começam a perguntar como ele estava e como ele está no momento, aí eles começam a entender um pouco. Aí a gente tenta ir trabalhado isso pra poder fortalecer e não ter um abandono do tratamento...

Considerando a intersectorialidade presente do campo da saúde mental, que por meio de articulação promove parceria com outros campos para além do da saúde, são realizados

encaminhamentos dos/das usuários/as para outros serviços, a fim de garantir uma oferta de cuidado a nível integral. No CAPS III, não é diferente.

São realizados encaminhamentos para os demais serviços do município incluindo os serviços ofertados pela Secretaria de Assistência social, o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social).

É importante ressaltar que o CRAS tem por finalidade prevenir situações de vulnerabilidade a atua por meio do acompanhamento da família. Em contrapartida, o CREAS trabalha com foco em violação de direitos. Dessa forma, oferece cuidados especializados a pessoas que já vivenciam uma situação de risco, seja ela violência, abandono, maus tratos, discriminação.

Vejamos no trecho a seguir a questão da vulnerabilidade e violação de direitos abordada por Sertânia.

**Jamille:** Então tu percebe que **as mulheres tem mais essa vulnerabilidade** do que os homens?

**Sertânia: Tem!** Porque na maioria dos casos que chegam, é..., porque por, pelo homem, ele não relatar muito isso, a gente quase não, não tem essas queixas que eles trazem. Quando a gente trabalha em grupo, que as vezes trabalha o atendimento individual, que eles vêm e procura... a maioria das vezes são mulheres porque elas sofrem mais esse tipo de violência, né? **De a família não cuidar, de a família negligenciar, algum tipo....** Pronto! Uma coisa que é bem, que a ge... já tá sendo quase corriqueira quando fala a questão de violação dos direitos, né? O usuário tem um BPC, mas aquele benefício não é utilizado pra..., em prol do usuário, né?, e sim do familiar. Aí são muitos casos que a gente recorre ao CREAS, né? Porque o BPC é pra ser usado com o usuário, né? Ele tem que ser pra, pra sobrevivência do usuário, pra, pra facilitar ainda mais a... porque na... Se o BPC é por incapacidade, então naquele momento ele não tá tendo condição de trabalhar. Então aí é... mas a maioria das vezes dos casos que chega, o familiar tá... “Ah! Meu cartão tá com meu, meu filho”; “Tá com minha filha... e eles compram isso pra ele e eu tô passando necessidade”. Aí a gente encaminha pro serviço. **O homem nunca chega com queixas assim. As mulheres chegam com queixa de violência, de tipo, violência no sentido de... psicológica,** que eu falo. “De tarem ficando... me xingando. Sempre ficam dizendo isso comigo ou aquilo”. **Mas homem nunca, nunca vem falar. É, é assim, é um contexto que... o homem nunca procura no sentido de falar algo além de o, de o “Ah! Eu tou escutando isso ou tou vendo os sintomas; Ou eu tou escutando vozes ou eu tou vendo vulto?” ou então: “Naquele momento eu não tou bem porque eu tou em condições de fazer nada”.** Geralmente quem procura esses outros tipos de serviços é as mulheres. **E se for voltado a relação de algum tipo de, de benefício (...) assistencial, é a mulher que, que sempre vem buscar.**

Sertânia destaca que as queixas referentes a negligência familiar e violação de direitos, como apropriação do Benefício de Prestação Continuada<sup>7</sup>- BPC- por parte de algum familiar sem que a usuária seja beneficiada, é uma queixa comum entre as mulheres. Como também relatos de violência psicológica.

Em relação aos homens, Sertânia enfatiza que eles não apresentam queixas da mesma maneira e que suas queixas se limitam à descrição de sintomas. Dessa forma, coloca que quem procura esses outros serviços assistenciais são mulheres.

Na fala de Triunfo, exposta abaixo, fica ainda mais evidente que os encaminhamentos realizados para esses serviços de assistência social, em específico, são em sua grande maioria do público feminino. Como é posto por ele, apenas um usuário masculino foi encaminhado para o serviço por estar em uma situação de violação de direitos e sofrimento intenso. No mais os encaminhamentos realizados são para mulheres. Ele atribui isso ao fato de existir um alto índice de violência contra a mulher.

**Jamille:** É! Quais são os encaminhamentos, pra quais serviços? Se tu puder falar também um pouquinho da questão de alta...

**Triunfo:** Certo! A gente faz muitos encaminhamentos, pra... é... tem duas, tem duas a... tem duas ações, né? Tem a ação de a gente encaminhar pra o usuário ele continuar o cuidado em outro serviço e tem a questão de encaminhar o usuário pra o cuidado de outro serviço somar o nosso. Como, por exemplo, a gente **faz muitos encaminhamento pra CRAS, pra CREAS, quando se tem violação, rompimento de vínculo e etc.**

**Jamille:** E é mais comum ir pro CRAS e pra CREAS homens ou mulheres?

**Triunfo:** Mulheres!

**Jamille:** Mulheres?

**Triunfo:** Mulheres. É... a gente faz muito... mulheres... ou quando o homem... a gente encaminha muito... é... tem um usuário meu que ele é homem, a gente fez, eu fiz eu acho que foi o usuário que eu mais fiz encaminhamento pro CRAS e pro CREAS e ele é masculino, sabe? Mas ele tem uma questão de uma violação muito grande. Esse homem tá numa situação de sofrimento extremo, sabe? É... mas de forma geral a gente encaminha mais mulheres pra CRAS e pra CREAS, porque existe uma

---

<sup>7</sup> O Benefício de Prestação continuada- BPC- consiste na concessão de um salário mínimo tanto ao idoso, com idade de 65 anos ou superior, quando a pessoa de qualquer idade com deficiência. Em relação a pessoa com deficiência, impossibilidade física, mental, intelectual ou sensorial por no mínimo dois anos, que a impossibilite de uma participação social plena e efetiva, em igualdade de condições com as demais pessoas. O BPC é previsto na Lei Orgânica de Assistência Social- LOAS (BRASIL, 2021).

**questão de violência muito grande, sabe?** De rompimentos de vínculos... É... a gente encaminha também pra ir pro CRI- Centro de Referência do Idoso, a gente tem um público muito grande de idoso aqui no serviço... É... pra unidade, pra atenção primária a saúde e pro ambulatório de psicologia, psiquiatria. A gente tem parceria muito com, com é... as clínicas escolas aqui de Serra, deixa eu vê mais pra onde a gente encaminha... É... deixa eu vê... A gente faz muitos encaminhamentos de articulação pra o HOSPAM- Pausa significativa. Infelizmente ainda acontece, não que a gente encaminha, sabe!? Mas muitas vezes é **sugerido... o encaminhamento psiquiátrico**. É... eu acho... nem sei se eu posso falar isso (risos). Mas, às vezes, o profissional, quando ele atende, ele vê que o sofrimento é tão extremo que ele prefere preservar a vida do sujeito, sabe? Aí ele chega a indicar o internamento ... sabe? Mas isso é muito raro acontecer.

**Jamille: E no caso, acontece mais com homens ou mulheres?**

**Triunfo: Homens!**

**Jamille: Com homens?**

**Triunfo: Homens (quase susurrando)! É com homens. Só teve uma usuária minha que recebeu esse encaminhamento, mas é uma usuária já também... ela manipulava o tratamento, sabe?** Ela tinha consciência do processo de adoecimento dela. Ela manipulava o tratamento. Fazia usos da medicação de forma exagerada. E aí a intenção é... era aliviar um sofrimento, mas aliviar de uma forma que trazia mais sofrimento pra ela, sabe?

Em contrapartida, quando é sugerido o encaminhamento psiquiátrico, reforço que o profissional frisa que raramente acontece, este é sugerido para homens. Triunfo, destaca no trecho anterior acima, apenas um caso de uma usuária que recebeu essa sugestão por ser alguém que, segundo ele, manipulava o tratamento e fazia uso exagerado de medicação.

Seguindo essa linha, os homens que chegam ao CAPS III pesquisado, são em sua grande maioria encaminhados pelo Hospital Psiquiátrico da cidade, como coloca Sagueiro no trecho abaixo:

**Jamille:** Humrum. No caso, é... Tu sabe colocar de onde esses homens vêm direcionados e se vêm? Geralmente eles chegam demanda espontânea?

**Salgueiro:** Geralmente é demanda espontânea ou então eles vêm encaminhados... Tens uns que vêm encaminhados da Atenção Básica, **mas infelizmente a maioria vêm encaminhado do Hospital Psiquiátrico**.

**Jamille:** Então já vem de um adoecimento bem maior...

**Salgueiro:** É já vem de um acimento... É! Já vem de um adoecimento. **Muitos casos dos homens que nós temos aqui, eles passam, ficam internados lá e**

**depois vem pra cá ou então quando inicia o tratamento aqui depois ficam internados lá. Até a quantidade de homens que nós temos aqui que passa mais tempo internado lá do que mulheres também é maior, sabe? Por mais que tenha muitas mulheres que também fique, não é? Mas essa diferença a gente consegue perceber também.**

Fica evidente aqui que o número de homens que circulam entre o CAPS III e o hospital psiquiátrico do município pesquisado é bem maior que o número de mulheres. Dessa forma, a internação de homens acaba sendo mais comum que a de mulheres. Triunfo atribui isso a não adesão dos homens ao tratamento medicamentoso, tido como parte essencial do processo.

**Jamille:** Em relação a medicação, quanto tu fala nessa questão de tá se sentindo um pouquinho melhor interrompe a medicação. Tu acha que isso acontece da mesma forma entre homens e mulheres ou acontece de forma diferente?

**Triunfo:** Oh! Eu acho que é de forma diferente de... porque eu acho que, pela minha experiência aqui, eu vejo que o público que eu acompanho é... **mais fácil o homem interromper. Mulheres é mais fácil elas se dopar, sabe? É...**

**Jamille:** Que curioso!

**Triunfo:** (Risos) Isso é engraçado, pelo menos é a experiência que eu tenho, sabe? Não se isto daí, se tem algum estudo que fale sobre isso. Gerou até curiosidade agora, sabe? Porque é a experiência que eu vejo muito. Por exemplo, tem medicações aqui que é de fácil acesso, infelizmente, são medicações restritas, mas infelizmente você consegue muito fácil aqui em Serra. Por exemplo, **os benzodiazepínicos, a gente vê que o público feminino tende a, se utilizar essa medicação.** Que já pra tentar o suicídio agora, faz usos de muitas medicações ou se já faz uso dele, aí percebe que... por qualquer angústia aí aumenta a dosagem da medicação, sabe? **O público masculino, ele tende a, a abandonar, sabe? Eu sinto isso! Ele tende a abandonar. Parar a medicação. Enquanto as mulheres tende a aumentar a dosagem.**

**Jamille:** E tu consegue entender porque?

**Triunfo:** O porque dos, dos dois públicos?

**Jamille:** É porque que, que acontece isso?

**Triunfo:** É bem di... é bem singular sabe? Cada pessoa é uma pessoa (em tom de riso). E cada processo é um processo (em tom de riso). Porque muitas vezes é... **a mulher, ela tende a aumentar a medicação porque ela quer respostas imediatas, sabe? Ela, é... tá passando por processo difícil, tava fazendo uso daquela medicação e quer que o efeito das medicações ou o, o... entende que a medicação é o único mecanismo de resolução da situação ou quer que o efeito da medicação seja imediato.** E muitas vezes, tem medi... por exemplo, o antidepressivo tem um tempo, né? De vinte, vinte e poucos dias pra começar fazer os primeiros efeitos. E muitas vezes os efeitos de início é efeito que piora

os sintomas, né? A pessoa tá fazendo uso de antidepressivo, tá com processo de depressão faz uso da medicação, de início, pode ter uma piora do quadro. Isso faz com que muitas vezes não se, num, não se tenha essa compreensão e... **faz uso de mais medicação pra, pra aliviar, sabe? O sofrimento. Quanto os homens, a melhora do quadro tende a abandonar, sabe?** Eu sinto muito isso aqui, por exemplo. E aí quando eles voltam, a gente trabalha muito: “Gente!... -nos grupos- Fale um pouco das experiências de vocês com relação a medicação. Quem aqui já parou de fazer uso de medicação?”. A grande maioria levanta as mãos, sabe? Os homens quase todos, quase todos levantam a mão. “E aí? Como foi a experiência de vocês? É... Quando vocês abandonaram o tratamento? [...] **“Foi ruim”. E aí, vocês foram... como foi esse ruim? “Fui parar no hospital psiquiátrico”.** Sabe? É desse jeito.

Segundo nossos/as interlocutores/as, as mulheres são postas como aquelas que apresentam disposição maior a se doparem. Triunfo atribui isso ao fato de que as mulheres buscam na medicação um efeito imediato que venha aliviar seu sofrimento ou veem a medicação como única forma de resolução de suas dificuldades.

Essa diferença é abordada por Sertânia que acrescenta que essa resistência masculina a medicação se deve ao fato de algumas delas rebaixarem um pouco a libido. Sertânia traz ainda que a queixa de um dos usuários era que “ não tava sendo homem para mulher dele”. E acrescenta que ele acredita não está “sendo suficiente” devido se encontrar nessa condição. Sertânia aponta isso como sendo uma das causas de conflito familiar e chega a acrescentar que devido o quadro de delírio persecutório do usuário, já aconteceu desse conteúdo chegar a fazer parte do seu sintoma.

**Jamille:** (...) e... é... essa questão das queixas e demandas dos homens? Tu fala que eles chegam aqui, chegam um pouquinho perdidos... Eles costumam falar sobre as dificuldades deles? Porque tu traz que as mulheres falam desse contexto, num é?, social que elas vivem, sócio familiar. E os homens, como é?

**Sertânia:** Não! Eles não são muito de falar sobre isso. Tem aquela preocupação de... ou não tá podendo trabalhar naquele momento.

**Jamille:** Isso é algo bem marcante, né?

**Sertânia:** É! **Em relação a medicação que eles trazem muitas queixas. Que algumas medicações é... tiram um pouco da libido. Aí eles não querem fazer uso.** Aí... pronto, tipo um exemplo que chegou uma vez. **Um disse que não ia tomar porque ele não tava sendo homem pra mulher dele.** Aí a gente foi trabalhar isso. É tanto que o psiquiatra também trabalhou isso. Que com o tempo, né?, aquelas medicações vão... eles vão ficando bem. **Aí tem essa dificuldade,** mas aí, eles trabalham muito essa questão quando casado de não tá sendo o suporte que a esposa espera. Entendeu? **Mesmo a esposa compreendendo que é, muitas vezes, por conta de algum tipo de medicação,**

**mas que vai ser revista, mas eles têm isso.**

**Jamille:** Como é que vocês pensam essa, essa dinâmica, quando acontece um caso desse tipo?

**Sertânia:** É... a gente (risos) conversa assim que é bem, é bem delicado, né?, pra poder tá falando. É... mas a gente conversa bastante com ele. Explica um pouco, né? Faz quase tipo um, uma terapia de casal, que não é pra ser. Mas a gente conversa tanto com a família quanto com o usuário porque naquele momento da demanda, da necessidade daquela medicação pra estabilizar aquela situação que ele tá vivenciando. Mas que pode ser uma coisa que, aos poucos, ele vá sendo retirada. Muitos aceitam e continuam, outros ficam naquela resistência, sabe? E é diferente um pouco quando a gente técnico fala e quando o psiquiatra fala, sabe? É como se a voz do que a gente falou não é tão viável pra eles, como o médico falando. Porque tipo, eles acham que o médico é quem é o sabedor de tudo, né? Mas a gente tenta fazer eles com a família até pra eles ter um melhor relacionamento. **Que existe muito conflito. Por conta justamente disso. Porque a esposa tem uma aceitação e ele acha que isso não é. Aí muita... pra quem já tem um delírio persecutório, é... muitas vezes começa a chegar até a desconfiar, como já aconteceu.** Desconfiar da esposa e ela dizendo: “Não! Não existe”, **mas por ele achar que naquela... momento ele tá naquela condição, não tá sendo o suficiente.** Aí a gente tenta trabalhar essa família fazendo atendimentos pontuais pra poder vê se surte o efeito, o que a gente, né?, conversou, explicou pra ele sobre algo. Geralmente quando é... tem demandas voltada a medicação, é... a gente quando consulta orienta que pergunte ao médico pra médico explicar melhor. E a gente faz a parte familiar voltada mais no, na família mesmo, né? No bem-estar, no relacionamento. É... na cumplicidade de um ajudar o outro. A gente trabalha. Mas é, é, é algumas dinâmica bem conflituosa que a gente recebe...

No tocante a psicodiagnóstico, também existe uma diferenciação entre os homens e mulheres. Ao serem questionados/as sobre as queixas dos/das usuários/as, os/as profissionais de saúde, em sua maioria, apontam a depressão e ansiedade como sendo prevalente nas queixas das mulheres.

**Jamille:** É... e quais as principais queixas e demandas dessas mulheres? Tu falou um pouquinho sobre as questões de ansiedade, né?... O que que as mulheres trazem?

**Sertânia:** Uhum! E depressão.

**Jamille:** Entendi! É... quais as principais queixas e demandas das mulheres aqui no serviço?

**Salgueiro:** As principais queixas... Assim, a gente tem muito conflito familiar, sabe? É... a maioria, a maioria dos casos. É... apresenta essa parte bem exacerbada (tosse), exacerbada de uma falta de uma base familiar. É... tem muitas situações que é esquizofrenia, num é? A maioria dos, das esquizofrenias... eu acho que a gente deve ter uns, talvez uns dez casos, eu acho,

mais ou menos, pensando aqui por cima, é... de alucinações de CIDs que ainda não estão fechados pra esquizofrenia, pra esquizofrenia mas a gente acredita que seja, né? É... tem alucinação auditiva, alucinação visual, né? É... seja mais nesse sentido. **Mas assim a principal queixa por parte da mulher é, é... a gente tem muita tentativa de suicídio, né?** Tem muita queixa de... mulheres que não conseguem dormir à noite, mulheres que a... tem muita dificuldade no convívio familiar com o marido e isso acaba gerando diversos problemas. É... pessoas que... passaram por um processo traumático recente, né? A perda de alguém, é... alguma coisa que mudou, uma pessoa que foi embora, um familiar que era muito próximo e acabou precisando se mudar pra algum lugar, né? Um evento traumático que acaba desencadeando uma ansiedade ou então uma depressão, né? Porque eu... sempre que eu converso com meus usuários que gosto de dizer isso a eles: “Que a ansiedade é um excesso de futuro e a depressão é um excesso de passado”, né? Então partindo desse processo, geralmente, eles chegam com ansiedade generalizada, que acaba com um tempo virando um processo depressivo também, né? (Tosse). Hoje mesmo eu fiz um atendimento a uma mulher, que ela... Era uma **ansiedade generalizada**. Ela tinha vindo da clínica, passou um tempo lá e ela tava sem conseguir dormir direito porque tava ansiosa, porque ia fazer uma viagem e tal. E aí eu fui conversando com ela, fui fazendo as intervenções, fui mostrando pra ela que... a gente viver todos os dias, que precisa viver o presente, que não adianta muito buscar algo que tá lá na frente. Sendo que eu não posso fazer nada no meu presente hoje pra poder adiantar aquele dia ou pra poder adiantar aquela co... aquela situação que vai vir acontecer, né? Então sempre buscando mostrar a eles a importância de viver o dia, principalmente nesses casos que... é... as pessoas têm ansiedade, sabe? E esse **processo depressivo também que acaba acontecendo em diversas mulheres também que, que, vem com depressão**. Por mais que eu tenha percebido que a demanda de homens, principalmente depois da pandemia também tem aumentado, né? Essa demanda ... e aí eu acredi... de jovens também, né? Que vem encaminhados do outro CAPS...

**Jamille:** Hummrum! Interessante! É... quais as principais queixas e demandas das mulheres, primeiramente? Elas chegam com que, com que questões aqui?

**Triunfo:** Mulheres? **Eu vejo que... ainda é muito presente aqui ansiedade e depressão, sabe? No público feminino! E no público masculino, eu vejo que ainda é mais... presente, no público que a gente acompanha aqui, são psicoses, sabe? Eu acho que é mais presente as psicoses nos homens.** Acho que é isso.

Já os homens apresentam queixas referentes as psicoses, conforme coloca Triunfo no trecho acima. Contudo, é importante colocar que Rafael Silva e Eduardo Melo (2021), chamam atenção para o fato de que ainda existe uma discrepância referente as informações sobre suicídio e depressão em homens, como abordado anteriormente nesta discussão. Eles atribuem isso as dificuldades com relação ao reconhecimento do sofrimento psíquico masculino e apontam que isso foi indicador de uma “crise silenciosa” da saúde mental de homens.

Floresta, acaba corroborando com essa colocação no trecho abaixo, e chama atenção para o fato dos homens também virem apresentando ideação suicida. Ainda que em menor grau

que as mulheres.

**Jamille:** É... e em relação a queixas? **Quais são as queixas e as demandas que as mulheres trazem?**

**Floresta:** **Ansiedade, estresse, baixo limiar de tolerância.** A maioria vem já com um tema bem peculiar, sabe? “Já não aguento mais!” Entendeu? Aquele nível de ansiedade extrema, que vê que tá num nível de estresse ao ponto que tá fulminando... **ou a questão da depressão, né?** Que entra numa situação de fim, de acabar com tudo, que a vida não tem mais sentido, que é melhor morrer. Eu vejo que tá tendo uma incidência muito grande de mulheres com ideação suicida. **Agora interessante que homens também vêm apresentando. É uma demanda menor, bem menor, entendesse? Se a gente fosse fazer esse paralelo. Mas... eu tô até usuários que, assim, vem tendo esse comportamento e consegue falar sobre.**

É interessante perceber na colocação de Floresta que ao apresentar ideação suicida, que acaba sendo uma queixa mais presente entre as mulheres, os homens conseguem falar sobre isso.

Confirmando essa colocação de Floresta, Triunfo coloca que as mulheres acabam por ter uma compreensão maior dos fatores que geram tais sofrimentos e devido a isso detalhar um pouco mais a suas dificuldades, mas que mediante um processo de adoecimento ansioso ou depressivo, os homens acabam conseguindo falar também sobre o que pode está gerando o adoecimento.

**Jamille:** E em relação a questão do, do contexto [...] assim, eles chegam falando de alguma questão específica? Da família? A questão do trabalho? É... as mulheres se queixam mais nesse sentido? Os homens também? É uma coisa comum?

**Triunfo:** **As mulheres elas têm uma compreensão um pouco mai... melhor, sabe? Com relação aos fatores. Elas conseguem detalhar um pouco mais. A não ser quando o homem ele tá com um processo de, de adoecimento voltado a depressão, ansiedade, ele consegue falar também a, os fatores que tá gerando aquele adoecimento.** É... mas como a gente tem um grande público de, de usuários que são esquizofrênicos... é aqui... muitas vezes eles num, num, num consegue compreender os fatores, sabe? Como é uma, uma, uma situação que tem várias, várias causas, vários fatores que interferem diretamente eles não conseguem entender, sabe? Muito bem. É... cada área da vida dele, ele consegue, muitas vezes, compreender o comprometimento, “quais foi as perdas que eu tive”, sabe? Mas o que levou... é... é difícil, sabe? É difícil. E muitas vezes que... tem o questionamento depois: Porque eu? Sabe? “Porque eu?” tem uma resposta muito difícil. É uma pergunta, na verdade, muito difícil. E não

precisa ter resposta (risos).

Ainda assim, Sertânia pontua que em sua maioria os homens acabam por calar suas queixas e só se colocam quando são estimulados pelos/as profissionais. Mas que, em geral, quem acaba falando por esse homem é a sua família.

**Sertânia:** O contexto sócio familiar também delas, o social, né?, tá bem, é... tá bem, bem crescente devido a relações familiares e também o financeiro, né? Mulheres que chegam aqui e vem por saúde mental, né? É... entram na condição de BPC, né?, de pessoa com deficiência, aí muitos... acontece de vir para o serviço pra poder dar entrada no BPC devido a condição familiar, da renda que não tem. E a gente trabalha também isso, focando primeiro no adoecimento, a melhoria da saúde pra depois voltar pra essa outra parte, né? Que também é importante.

**Jamille:** Tanto nas mulheres quanto nos homens (...) é dessa mesma forma?

**Sertânia:** Nas mulheres são mais, né? Os homens nem sempre eles são orientados. E a gente percebe a necessidade daquela família, naquele momento, a gente orienta ele procurar. Quando eles falam: “Ah! Eu preciso de uma renda!”. Que realmente, naquele momento, eles não são em condições de trabalhar. A gente orienta questões previdenciárias, né?, sobre 135, orienta a ligar, a família iniciar esse processo. Mas muitas vezes já vem com esse processo já iniciado. Aí fica bem... bastante difícil. **Mas as queixas dos homens, quando vêm, geralmente eles ficam calados, eles não são muito de, de falar. Eles são... quando estimulados, eles respondem. Geralmente a familiar que já vem, que toma assim a fala daquele usuário que ele não, não, até porque, pela timidez, ele não consegue falar, né?** Aí a gente tenta estimular e tanto que as vezes faço o atendimento familiar e depois faço o do usuário ou vice-versa, faço primeiro o do usuário, depois da família e depois os dois pra gente vê, até um pouco entender a dinâmica que tá sendo sobre o relacionamento deles, né?

Além dessa dificuldade em falar de si, Floresta coloca que os homens também tendem a vir ao serviço, na maioria das vezes, acompanhados ou por meio de encaminhamento, sendo a demanda espontânea é menos comum entre esse público e mais presente entre as mulheres.

O que aponta que as mulheres acabam por ter mais facilidade em chegar ao serviço por iniciativa própria, nos levando a questionar quais as implicações de gênero que atravessam o acesso a esse serviço.

**Jamille:** É... no caso das mulheres que chegam aqui, elas vem direcionadas de algum serviço? De que serviço?

**Floresta:** A maioria que vem direcionada são da Atenção Básica, mas a gente tem uma demanda muito espontânea. É incrível! A demanda espontânea tá aumentando muito. Muitas vezes porque alguém do CAPS falou que existia um serviço. Ou que um amigo disse: “ Ah! Tem tal serviço na cidade!” Aí veio conhecer, pedindo ajuda. Sabe aquele pedido de socorro, né? Que você também tem que ter uma acolhida e ter esse discernimento, né? Eu... o número maior e espontâneo, mas a Atenção Básica, ela é bem presente.

**Jamille:** E com os homens? Isso é assim também?

**Floresta:** Não! Não vejo assim com os homens. Muitas vezes os homens, ou vem acompanhado de um parente, ou vem acompanhado de um amigo, ou vem o casal, né? É muito interessante! Eu nunca tinha parado pra vê dessa maneira... Ou também com encaminhamento. “Ah porque fulano mandou eu vir aqui” Aí dá o papel como se fosse, né? uma formula mágica aquele papel, que ele tá fazendo a parte dele. Aí depois é que a ficha dele vai caindo, entendeu?

**Jamille:** Então tu percebe que os homens, eles vem mais acompanhados do que as mulheres?

**Floresta:** É! Eu vejo isso.

**Jamille:** Como se precisasse de ter alguém junto pra...?

**Floresta:** É pra dar o suporte. É interessante.

**Jamille:** Essa sua pergunta foi bem interessante! Mas do meu ponto de vista eles vêm mais acompanhados.

Os homens assim, necessitam de um suporte para conseguir chegar ao serviço e acabam por chegar, de acordo com Triunfo no trecho abaixo, com um processo de adoecimento bastante acentuado quando comparado as mulheres, que buscam o cuidado em um menor espaço de tempo.

Em relação a isso, Juliana Ruiz; Rafael Tilio (2020) e Rosana Machin (2011), chamam atenção para o fato de que na maioria das vezes, os homens acabam por negar que estejam acometidos por algum sofrimento ou dor, como também negam que estejam em alguma situação de vulnerabilidade, com o intuito de reafirmar a força masculina e demarcar a diferença em relação ao feminino.

**Jamille:** Hummrumm! É em geral, né? Aqui, chegam mais homens ou mulheres? Tu falou de um pouquinho de dificuldade de acesso dos homens, mas

eu te pergunto não só em relação ao acesso, mas também em permanência.

**Triunfo:** Mulheres. Acho que as mulheres, elas vem mais, sabe? Nós temos uma adesão muito grande de público masculino, mas eu ainda acho que a nossa maioria, grande maioria aqui ainda é ... são mulheres. Porque de certas formas, elas assumem múltiplos papéis sociais e... esses múltiplos papéis eles, eles são... eles geram sofrimento, sabe? **E as mulheres ela procuram mais rápido o cuidado.** Muitas vezes a gente direciona pra ambulatório, pra atenção ba... primária a saúde, mas mesmo assim eu sinto que os acolhimentos e a permanência de usuários aqui ainda é mais prevalente o sexo feminino.

**Jamille:** E os homens? Como é que esses homens chegam? De onde eles vem?

**Triunfo:** A maioria do público masculino que a gente recebe aqui eu acredito que vem do Ulisses Pernambuca...é,é do hospital psiquiátrico daqui, sabe? A grande maioria. Poucos homens a gente... vem por demanda espontânea. Poucos. Quando a gente recebe, é... é... acolhe, na verdade, **esses homens quando eles chegam, geralmente eles já vem com um processo de adoecimento bem mais grave,** sabe? Seja por justiça, seja por meio de hospital...

Triunfo aponta ainda que os homens demonstram maior resistência em aceitar “seu processo de adoecimento” atribuindo isso a relação masculina com o trabalho. Pontua que, muitas vezes, para os homens uma interrupção trabalhista é tida como se fosse algo que vai se tornar permanente.

Em contraposição coloca que em relação as mulheres, muitas vezes, o adoecimento acaba por acarretar ganhos. Tanto junto a algum membro da família, que se torna mais compreensivo para com ela quanto no tocante a benefícios. Pontua assim, que algumas mulheres têm preferência por estarem no CAPS III por ser um espaço mais cômodo para elas.

**Jamille:** Tu acha que... tu acha que acaba sendo mais fácil o homem ser tido como incapacitado do que a mulher?

**Triunfo:** Eu acho que o homem, ele aceita... **é mais difícil ele aceitar seu processo de adoecimento,** sabe? Na... aqui, levando pra realidade daqui da região, **eu vejo que no público feminino, nam... não é que seja bom eu estar doente, de forma nenhuma, mas o processo de adoecimento, as vezes, traz ganhos, sabe? É... traz ganho de alguém da minha família me compreender mais, é... traz ganho de eu ter meus espaço de escuta ou não. Traz ganho de benefícios, sabe? É... diferente, eu acho. Eu acho que o homem, ele é mais difícil aceitar isso.** A mulher... não é que seja mais fácil, sabe? Mas eu acho que cada mulher (risos)... é porque o ser humano é diferente, sabe? Falar de forma global assim é difícil! Mas eu acho que, culturalmente falando, se tem os benefícios, sabe? Com processo de adoecimento. **Homem, ele, infelizmente tem aquela questão de trabalho, né? E muitas vezes como isso, como isso é**

**interrompido... ele se sente como que aquele, se aquela recessão ao mercado de trabalho fosse algo nunca mais fosse acontecer. Enquanto, na verdade, tem muitas mulheres que eu... que tenho conhecimento do processo de cuidado aqui, elas preferem está nesse ambiente, sabe? Num é..., eu acho que não é... é... não vou dizer que ela prefere talvez seja mais, mais cômodo tá ali, sabe? Infelizmente.**

No tocante aos atendimentos realizados no serviço, Triunfo expõe que as mulheres, quando não apresentam humor rebaixado, acabam por verbalizar com mais facilidade e de forma mais rica e detalhada suas dificuldades, chegando até a apontar alguns fatores familiares, sociais e do próprio comprometimento de seu dia a dia.

Já o público masculino, tem mais dificuldade em se colocar e acaba por focar na descrição de sintomas e quando apresenta fatores sociais e/ou familiares expõe de forma menos detalhada que as mulheres.

Como pontua Lilia Schraiber (2010), mesmo que que tenha um viés mais disciplinador do corpo feminino, os atendimentos realizados as mulheres nos serviços de saúde acabam por explorar seus contextos de vida e de forma até mais detalhada. O que não acontece com os homens que acabam por ter um atendimento focado em queixas e sintomas, o que não viabiliza que questões relativas as masculinidades apareçam

**Jamille:** E tu acha que acaba tendo um pouco mais de resistência de um público ou de outro? No sentido de quando tu faz essa pergunta disparadora? De algum público específico ter mais dificuldade de ir falando, de ir construindo um discurso e tu precisar fazer mais perguntas?

**Triunfo:** Oh! Depende muito! Sabe? Depende muito. Você perguntando, eu refletindo assim sobre a minha conduta aqui e sobre as experiências dos usuários que atendi, depende muito! Depende muito como esse indivíduo chega aqui, sabe? Seja ele homem, seja ele mulher. É... da forma que é... ele vai conseguir, é... trabalhar. **Mas de forma geral mulher, é... a não ser quando ela tá com o humor rebaixado. Mas tirando isso, ela consegue verbalizar mais, trazer mais detalhes, sabe? Trazer mais riquezas e detalhes na fala. E, geralmente, é... consegue pontuar fatores, sabe? O homem, na verdade, ele consegue pontuar sintomas, sabe? Eu percebo muito aqui. Eu acho que o público feminino é mais fácil a fala, sabe? O público masculino é, é um pouco mais difícil. É... eles trazerem mais detalhes, mais riqueza, sabe?**

**Jamille:** Falar desse contexto mesmo?

**Triunfo:** Isso! Desse contexto. **Eu acho que a mulher ela fala mais, dos outros fatores, sociais, familiares, cotidianas. É... rotina de vida, comprometimento de rotina, eu acho que a mulher traz, traz mais isso. Traz com mais facilidade, sabe? O homem, ele traz. Mas muito... é... não é**

**com tantos detalhes assim. Não é com tanta, tantas palavras, sabe?** Como a mulher traz. Como geralmente traz muito mais detalhado. Eu acho que é isso.

Apesar disso, Sertânia coloca que os homens acabam também conseguindo falar de si quando percebem algumas de suas dificuldades. Que por mais que as mulheres tendam a ser mais expansivas e os homens mais contidos, eles também desejam falar sobre si e serem ouvidos, apontando que os homens também desejam um espaço de fala no serviço.

**Jamille:** Então no caso é... os homens quando eles conseguem perceber algumas dificuldade, aí eles acabam querendo ficar mais?

**Floresta-** É! Princi... eu vejo, no sentindo assim, que eles conseguem falar de si, sabe Jamille? É, é, é, é muito interessante que a mulher ela é mais expansiva, vamos dizer assim, né? Enquanto que o homem é mais contido, contido, mas quando se abre ê, ele é mais... e...e...ele é sedento, ele também quer falar, ele também quer ser ouvido, ele também quer o espaço dele, entendeu?

Ainda que seja evidente que as questões de gênero atravessam o campo da saúde mental em diversos âmbitos, os/as profissionais entrevistados/as relatam uma grande carência quanto a capacitação profissional referente a essa temática. A maioria coloca que buscam cursos de forma independente na internet para saber lidar melhor com essas demandas. Contudo, Salgueiro traz que o município pesquisado ofertou um curso voltado as questões de gênero que veio a contribuir com sua atuação.

**Jamille:** Que massa! É... você teve alguma formação ou capacitação voltada ao tema de gênero e sexualidade?

**Salgueiro:** Aqui no município?

**Jamille:** Pode ser no município ou no geral.

**Salgueiro:** No geral, eu não tive. Mas aqui no município eu tive. Só não lembro como foi o título. Quando a gente... Assim que eu comecei aqui teve, eu não sei se foi um simpósio, eu não lembro bem, mas teve. Veio uma pessoa da comunidade LGBTQI+ e veio pra poder fazer... É... **pra gente poder aprender realmente a fazer esse acolhimento desse usuário, caso ele tivesse essa necessidade. Porque infelizmente, se não houver esse tipo de capacitação, enquanto profissional por conta de diversos paradigmas que ainda existem, e o objetivo é justamente quebra-los. É... enquanto profissional a gente ainda tem essa certa dificuldade, né? Então eu vejo... é... eu vejo com bons**

**olhos essas capacitações.** Foi antes da pandemia, foi no ano que a gente entrou, em 2019. Aí vieram duas, duas... dois anos de pandemia depois, né? E aí aos poucos a gente tá voltando e se readaptando. Mas no, no ano que eu entrei teve capacitação nesse sentido. Que era justamente pra gente poder saber diferenciar é... os tipos de gênero e que a gente pudesse também é... acolher aquele usuário independente da opção que ele tivesse, tá? Pra que a gente realmente pudesse buscar prestar a melhor assistência possível, independente de qualquer coisa. Que no final das contas é o nosso objetivo, né? O SUS ele tá aí justamente pra isso, pra tratar todas as pessoas de forma igual, né? Ou tratar os desiguais de forma desigual, né? O princípio da equidade. Então o processo eu acho que é esse.

**Jamille:** Então tu acha que foi proveitosa?

**Salgueiro:** Acho que sim. **Na época foi proveitosa. Por mais que eu ache que é... existe a necessidade de sempre tá é... renovando esse, esse leque, sabe?** Porque assim, é... é uma temática que sempre tá aparecendo novas atualizações, né? Então se a gente não tiver esse estímulo... E aí eu acho que o processo de educação continuada é... tem que partir mais do município, por mais que seja importante enquanto profissional, mas eu acho que essa capacitação e esse incentivo tem que partir também do município, do lugar que você trabalha, né? Então na época a gente teve, mas eu acredito que dê... existe a necessidade de ter novos é... novas capacitações nesse sentido, sabe? Eu acho que seja importante.

Na fala de Salgueiro, identificamos que ele aponta diversos paradigmas que são necessários serem revistos como também pontua que ainda existe uma certa dificuldade no tocante a temática de gênero e também de sexualidade. Salgueiro percebe nas capacitações a possibilidade de potencialização necessária a quebra desses paradigmas, como também a possibilidade de reflexão que permita uma prática que acolha as necessidades dos/das usuários/as.

7.2 Masculinidades, cultura e sofrimento psíquico: o que os/as profissionais de saúde mental têm a dizer sobre isso?

A masculinidade se refere, entre outras coisas, à posição dos homens no processo de organização das relações de gênero, baseando-se dessa forma em uma narrativa convencional. Essa narrativa é composta por aspectos culturais que acabam por agregar definições de conduta e sentimentos tidos como adequados para os homens (CONNELL, 1995).

No Nordeste, em geral, “macho” é uma metonímia de masculinidade. Corresponde à

experiência de ser homem em um lugar onde não somente a identidade de gênero masculina é definida ao se ser homem, mas é definida também uma identidade regional tomada no masculino, como genérico (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

Percebemos traços disso na fala de Sertânia que destaca a questão cultural no tocante as masculinidades no sertão pernambucano. Ela aborda as restrições que são impostas aos homens para afasta-los da feminilidade. E, destaca a dificuldade que os homens tens em entender que ainda podem ter qualidade de vida ao serem acometidos de alguma restrição.

**Jamille:** Aí tu percebe que isso acontece mais com os homens do que com as mulheres?

**Sertânia:** Essa dificuldade pra mim é.

**Jamille:** Porque tu acha que acontece isso com os homens?

**Sertânia:** Eu acho que é a questão cultural, Jamille. Por que assim, é... devido os pais criarem... **A gente sabe, a gente mora no sertão pernambucano, “cabra macho”, que homem não pode fazer isso, homem não pode fazer aquilo. Que se brincar com boneca com uma menina, brincar com boneca vai virar menininha.** Então assim, a gente tenta quebrar isso, né? **E... acho que já foi enrustido assim na, no, no pensamento dele a vida toda a criação dele daquela forma. Aí acho que é muito uma questão cultural.** A gente tenta, né?, mostrar outros caminhos. **Que ele pode ter qualidade de vida também fazendo coisas que outras pessoas fazem e eles naquele momento não tão podendo fazer, mas é bem difícil.**

Essa fala de Sertânia aborda ainda atos de aversão contra o feminino. E denuncia a legitimação social de uma estrutura hierárquica e autoritária de gênero, que domina a sociedade nordestina e acaba por legitimar socialmente violências e aversão contra o feminino como também receio e medo pelo que ele representa (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

Além disso, denuncia a aquisição e conservação da masculinidade, que não é uma construção cultural assentada em um dado natural. Pelo contrário, seu significado, obtenção e manutenção depende de um processo social delicado, que atua por meio da vigilância, autovigilância e disputa (VALE DE ALMEIDA, 1996).

Aqui no sertão pernambucano, em prol da manutenção da masculinidade, que se constitui em conformidade com os padrões normativos de gênero (BUTLER, 2008), cobra-se que o homem seja forte, que guarde para si seus sentimentos e não se lamente da vida. Isso fica evidente na fala de Triunfo.

**Jamille:** Então tu acredita que a questão cultural acaba influenciando nessa, nesse, nessa vinculação? As mulheres acabam sendo um pouquinho mais relaxadas, os homens são mais contidos?

**Triunfo:** Isso! Sim! Sinto sim! É... como eu tinha falado, né? **Que a questão do homem, do sofrimento do homem tende a ficar cada vez mais, é... guardado por que a sociedade impõe isso. O homem tem que ser o provedor, o homem tem que ser, é..., o forte, o homem tem que ser a referência de força, de estabilidade emocional. E quantas vezes esse homem, ele tá se matando por dentro, sabe?** E, quando, eles chegam aqui, eles vão ao longo do atendimento contando o motivo do sofrimento deles, é... ali vai obtendo as informações de forma lenticada, sabe? A gente não consegue tudo, assim tão rápido.

Triunfo destaca que as imposições sociais impostas aos homens acabam também por dificultar a exposição de seu sofrimento, o que gera ainda mais sofrimento. Cabe aqui pontuar que esse sofrimento decorre da rigidez que se perpetua ao longo da história em torno dos papéis sociais e de gênero (ANDRADE, 2010).

Ademais, a internalização de padrões hegemônicos, segundo Rafael Silva e Eduardo Melo (2021), é um fator que não gera sofrimento somente, mas acaba por influenciar na forma de expressão e reconhecimento desse sofrimento.

A ideia de definir o nordestino como um homem que não tem medo e é forte (LIRA, 2018), acaba por afastar dessa figura qualquer expressão que seja não associada a esses atributos.

Ouricuri aborda isso no trecho abaixo, em que faz referências as características que compõem o homem nordestino, os quais acabam por privar o homem de expressar suas emoções por isso ser compreendido como fraqueza.

**Jamille:** (...) e pegando um gancho no que falou, que a gente tá no Nordeste ... tu acha o fato de Serra ser terra de Lampião acaba pesando nisso?

**Ouricuri:** Acaba! Acaba! Esse, é ... essa cultura, apesar da gente tá no século XXI, mas ainda, ainda, como eu te falei, tá no DNA do Nordestino, né? **O homem tem vergonha de, de, de chorar, de se expor, de colocar suas emoções pra fora, né? Isso aí é tido como fraqueza.** Infelizmente na nossa cultura é, é isso, né?

É importante destacarmos aqui que Ouricuri aborda essas questões culturais a partir de um viés biológico. Dando indícios de que não considera que as mesmas sejam produto social, atravessado pela cultura, que se estabeleceram ao longo do tempo, mas, ao remetê-las ao DNA as aborda como algo inato ao Nordeste. Desse modo, não expor seu sofrimento seria algo inerente e de certa forma até inevitável.

Essa sustentação da ideia de que o homem não pode expor seu sofrimento acaba por leva-lo a guardar esse sofrimento para si o máximo de tempo possível, como destacado abaixo na fala de Triunfo.

**Jamille:** [...] como tu teve essa experiência em Moreno e aqui em Serra, tu achou que teve... tem alguma diferença em relação a esse acesso do público masculino a esses serviços de saúde mental?

**Triunfo:** Eu acredito que não, sabe? Eu, é ...assim com relação a fre... a adesão ao público masculino eu vejo que é assim bem parecido os dois serviços. Eu sinto que no CAPS aqui, nosso CAPS, **o público é... feminino é maior, sabe? Porque as mulheres elas terminam buscando mais quando sente qualquer tipo de sofrimento emocional. Os homens tende a guardar mais, porque tem aquele ditado so... popular: homem não chora. E aí tem o homem tende guardar aquele sofrimento o máximo que ele pode.** E, nos dois serviços, eu sentia, assim, em média, bem parecido, sabe? A frequência, a adesão, a busca. Eu sentia... eu sinto, na verdade que é bem parecido.

Nos interrogamos assim se essa dificuldade do homem em expor seu sofrimento acaba por se constituir em um fator dificultador do acesso de homens aos serviços de saúde mental. Como também questionamos se isso não acaba por se constituir uma certa resistência ao tratamento.

Já que Salgueiro pontua no trecho abaixo, a dificuldade do homem em falar de si. De seu contexto de vida e de sua história. E coloca ainda que existe uma certa dificuldade em criar um vínculo com o homem, devido a essa postura intimidadora e agressiva sustentada pelo público masculino.

**Jamille:** É... tu percebe se a Atenção Básica, quando faz esse encaminhamento, encaminha mais mulheres que homens? Tu percebe se existe essa diferença?

**Salgueiro:** Eu não... nunca prestei atenção assim pra te ser sincero, sabe? É... eu vejo que no contexto geral... Pelo, porque todas as quartas nós temos reunião, então eu vejo que no contexto geral a gente discute mais casos de mulheres, né? Porque como eu sou plantonista eu também não vejo a realidade nem o histórico de todos os casos. É... na realidade eu não vejo como é que eles chegam até o serviço ou quem encaminhou. É... se foi demanda espontânea ou se foi encaminhado de algum lugar. Aí no contexto geral, eu tenho essa percepção, tanto pelos usuários que tão ativos quanto pelas discussões de casos. Mas tem outra perspectiva também, no sentido de que os casos, geralmente, mais complexos são casos de homens, sabe? É... mas num, num essa eu vou ficar te devendo. Eu não vou saber te responder assim nesse sentido, se a Atenção Básica encaminha mais mulheres do que homens, sabe?

**Jamille:** Quando tu fala complexo, é em que sentido?

**Salgueiro:** São casos mais graves, que demandam mais tempo, que demandam uma atenção maior, que tem uma agressividade maior, sabe? É... a mulher, ela é mais tranquila quando você vai conversar com ela. Lógico que tem situações em que a mulher também fica, quando ela tá em crise, ela se estressa e tudo mais. Mais a mulher tem uma tendência mais de chorar, **homem tem uma tendência mais agressiva, na maioria das vezes, sabe? É... os homens, eles têm uma tendência mais intimidadora do que as mulheres. É... esse processo a gente consegue perceber. Homem, ele tem uma... tendência mais intimidadora, ele tem uma tendência mais resistente a conversa. A se abrir, a realmente dizer o que tá acontecendo, a falar sobre o histórico de vida dele, sabe? Até você criar realmente um vínculo com, com, com um homem...** é... eu percebo que na realidade é mais fácil criar um vínculo com a mulher do que com um homem, sabe? Eu acho que é independente de quem seja o profissional. Eu ve... tenho essa perspectiva. Acho que é nesse sentido.

Ouricuri acrescenta a isso a aversão que os homens apresentam mediante rotulações referentes a ter um transtorno e a fazer tratamento. Ênfase ainda que os homens não gostam de ter que ir ao CAPS.

**Jamille:** E os homens?

**Ouricuri:** Os homens é ... o que eu percebo, né? É minha visão. Eu percebo que eles são mais fechados, né? **E não gostam muito de se expor. De ser rotulado, na verdade. De ter um transtorno, de ter que fazer tratamento. De ter que vir ao CAPS.** Em relação a, a, a reclamação... num, não percebo nenhum tipo assim de ... que tenha me chamado atenção de que o homem faça essa reclamação.

Contudo, como aponta Floresta no trecho abaixo, ainda que a dificuldade em falar de si

se faça presente e se expresse por meio de prepotência e altivez vocal, a participação desse homem nas atividades propostas pelo serviço o leva a se perceber e a vislumbrar resposta para suas angústias, o que acaba por acarretar em uma participação cada vez mais ativa nas atividades propostas.

**Jamille:** Tu percebe que os homens começam a se abrir mais depois de um tempo de processo, já que tu diz que as mulheres que chegam se abrindo mais?

**Floresta:** Exato! Eu percebo é... pelo menos assim meus usuários- parece que até posse, né?- **mas eu vejo que eles são bem limitados em se abrir, em falar de si.** Hoje mesmo a gente trabalhou os quatro tipos de temperamentos e um deles fez uma colocação muito interessante: “eu sou sanguíneo”! Sabe? **Aquela prepotência, a altivez da voz.** E depois quando foi feita a dinâmica, ele participou...”ah eu não sei responder por conta disso”, e já dando as respostas, né? **E quando ele percebeu que tava respondendo as angústias dele, aí “É mesmo”. Sabe? Não conseguia perceber que a solução também estava nele, que ele também era capaz de se colocar, de se perceber, entendeu? E eu achei muito interessante a participação, que tá cada vez mais ativa, sabe? Isso é muito bom.**

Floresta coloca ainda que mediante esse engajamento no tratamento, os homens acabam também por apresentar uma dificuldade em receber alta do CAPS. Ela atribui isso ao fato desses homens estarem se permitindo perceber-se mais e pontua que o homem demonstra interesse em sair da “armadura”, mas não consegue.

**Jamille:** Os homens?

**Floresta:** É... os homens! É muito interessante, né? E muitas vezes... tem um usuário, ele é esquizo, mas ele é antigo já de CAPS, ele já saiu, **já teve alta várias vezes e toda vez que retorna** aí diz: “Meu médico disse que eu não devia sair do CAPS”. E quem é o médico? É doutor (...), né? Aí ele faz... em vez de chegar, de dizer o que tá sentindo, o que tá... “Meu médico disse que não...” (risos). Então sempre é uma muito forma defensiva, né? **Hoje ele falou da questão da armadura, eu achei muito interessante (...) tem couraça, né? Eu digo: “ Sim, mas o que é que tá por traz disso aí? O que é que tem? O que é que essa pessoa que tá dentro disso aí, dessa armadura toda tá fazendo por ela? Como se tivesse uma terceira pessoa, sabe? Doido pra sair da armadura e não consegue, né? Você vê claramente, né? E eu acho que é exatamente essa dificuldade de querer sair daqui, né? De querer expandir, de querer se mostrar, de querer é... controlar aquilo tudo. E ter realmente o reino na mão, né? O leme da direção**

**de sua vida, né? E é muito interessante, né?** Essa questão. Esse momento do desmame (risos). Porque anteriormente era mais as mulheres, né? **Mas eu vejo que esses homens também tão se segurando mais depois que eles conseguem se perceber mais, sabe? Aí quando eles se permitem, porque alguns mal começa e já vão embora, né? Quando começa a mexer... que isso é bem questionado dentro da nossa área, quando começa a mexer o homem é o primeiro a correr. É muito interessante.** A mulher ainda ela é mais teimosa. Ela vem, ela briga e tal. Passa um tempo sem vir, depois a gente resgata novamente. **Ou o homem, ou começa e dá continuidade, ou senão ele escapole no início. No início!** É muito interessante. Por mais que haja aquela busca ativa... sim as visitas domiciliares que eu nem falei, né? Que a gente vai atrás, a gente trabalha em rede, né? Porque tem que ser. A gente não pode trabalhar sozinho, não dá pra abarcar não porque não tem condição realmente. O programa é muito bonito, né? O projeto do programa, na realidade, é muito amplo, né? E assim, a gente... da abertura de fazer muitas coisas, né? E dentro disso a gente sempre faz novos projetos, né? E é muito bom. Eu gosto.

Contudo, Floresta chama atenção para o fato de que nem sempre esse engajamento acontece. Já que alguns homens abandonam o tratamento logo no início e ainda mediante as visitas domiciliares realizadas pelo CAPS III, não retomam o processo de cuidado.

Um dos fatores apontados por Ouricuri como sendo empecilho a continuação do tratamento masculino é a relação dos homens com o trabalho. Ele pontua que, às vezes, o homem é trabalhador de uma empresa e não quer se expor, já que existe um preconceito em torno da pessoa que está fazendo tratamento no CAPS.

**Jamille:** Tu acha que essa questão dos homens tem a ver com coisa de trabalho? De tipo tá aqui e não tá trabalhando? Dessas dificuldades? Está um pouco afastado desse contexto?

**Ouricuri:** É, é... varia muito de caso pra caso, mas assim no geral, **eu acho que por ser uma cidade pequena, né? Existe o preconceito da pessoa fazer, tá fazendo tratamento no CAPS, as vezes também, ele trabalha em uma empresa tem carteira assinada e tudo e não quer se expor.** Diferente das mulheres, as mulheres eu acho que aceita melhor, esse, essa, condição de vir se tratar do que o homem.

Devido a cidade pesquisada ter um território restrito, como afirma Luísa Cruz (2019), as relações acabam sendo de maior proximidade, o que resulta em uma vigilância maior. Fator que pode ser apontado como mais um possível dificultador de acesso e permanência dos homens no serviço de saúde mental.

Acrescenta-se a isso, o receio do homem em encontrar-se não produtivo ou incapacitado, ao passo que o homem trabalhador que busca algum cuidado em saúde tornar-se “vagabundo”. Desse modo, ter seu sofrimento atestado por um serviço de saúde o torna vítima de sua incapacidade, o que acaba por agrega-lo ao grupo das masculinidades limítrofes a legitimação (TITTONI, 1994 *apud* SANTOS; NARDI, 2018).

Outro fator apontado por Sertânia, no trecho abaixo, que reforça essa fala sobre o trabalho, é o fato dos homens colocarem que ocupam o papel de provedor familiar e não podem deixar o trabalho para ir ao CAPS participar das atividades. Ainda que, como destacado, Sertânia aponte a possibilidade desse homem receber o Benefício de Prestação Continuada-BPC- ele ainda demonstra resistência em pausar o seu processo de trabalho em prol de seu tratamento.

**Jamille:** É... nas pessoas que chegam aqui pra atendimento, nos homens, tu percebe algumas dessas questões? De, de querer ser o provedor, de bancar as coisas?

**Sertânia:** Tem. Quando se fala, é... na questão de autonomia... Pronto, da mesma forma que muitos, é... quando vem não quer, não continua o tratamento por conta de medicação, que faz uso de álcool também por conta do contexto social que ele é inserido, **há alguns também que falam: “Mas se eu ficar tomando uma medicação como essa eu não vou conseguir trabalhar e como é que eu vou manter minha família?”, sabe? Aí é quando a gente, dependendo de como esteja a situação, né?, e a condição familiar, a gente orienta o BPC.** Que realmente que eles podem fazer. Quem, quem vai dar direito ou não, não somos nós. É, é a, o INSS, mas a gente orienta, porque explica o, o, o, o que é o, o benefício e pra qual utilidade, né? Mas que naquele momento, a gente trabalha isso, naquele momento ele tá naquela situação, mas depois ele vai ficar bem, né? Aí eles fala nessa questão, alguns, de **“Ah! Porque eu... minha família quem mantém sou eu, como é que vou, eu vou trabalhar? Né? Se eu vier pra cá prum, pruma atividade do grupo, que no mínimo é uma vez por semana...”** Que às vezes a gente, dependendo da situação, bota uma vez por semana... **“Ah! Não. Que eu não posso vir, porque eu trabalho, eu vou deixar meu trabalho?”.** Aí a gente tenta sensibilizar, **“como é que você vai ter esse trabalho, se você não estiver bem?”**, né? Mas aí tem alguns, não mui..., não todos, mas tem alguns que falam.

**Jamille:** E tu percebe resistência dos homens, é... em relação ao BPC? A receber o BPC?

**Sertânia:** Até eles ter o entendimento de como é, quando ele é o provedor, né?, da, da, da família, ele tem. Porque pra ele como vai demandar um tempo, né?, essa condição pra ele... É e até chegar lá como é que vai ser? Né? Geralmente a esposa é quem já se atenta mais, que depois vem pegar mais orientação sobre como é. Mas ele mesmo, ele

assim, de início, ele num faz nem objeção e nem uma aceitação maior, sabe? Ele deixa: **“Apois depois eu vejo. Mas eu num vou deixar de fazer meu serviço por conta disso”** Já é um pouco diferente quando é mulher, né? Já vem nesse intuito. Porque é como se pra ele, é... ele vai ficar um incapaz naquela situação. **Que realmente naquele período ele não tá em condição. Mas aí eles tentam ficar até vê enquanto conseguem trabalhar.** Mas geralmente é mais mulher que tem mais uma aceitação melhor.

Isso vem reforçar a reflexão de Helen Santos e Henrique Nardi (2018), quando afirmam que vivemos em um contexto social e político onde as garantias empregatícias se fazem escassas e há uma competição constante, o que acaba por tornar cada vez mais possível a condição de que o homem “trabalhador de hoje pode ser o ‘vagabundo de amanhã’” (SANTOS; NARDI, p. 2310, 2018). E é no campo da saúde que os homens recordam disso, pois desde serem acolhidos em seu sofrimento até a possibilidade de receberem a concessão de algum benefício, é um processo que aponta que ficar doente é estar circulando fora da norma (SANTOS; NARDI, 2018).

Ademais, Sertânia pontua no trecho abaixo que os homens que acabam por buscar de fato o benefício são homens de classe social mais baixa e que realizam, geralmente, trabalho mais braçal.

[...]

**Sertânia: ... Mas a maioria dos casos que buscam é... quando é a classe social mais baixa, né?** Que é trabalho mais braçal, é... pedreiro, servente de pedreiro, quem trabalha como gari, como algum, algumas situações assim.

No questionamos assim, de que forma a classe social vem afetar a experiência de cuidado em saúde dos homens, considerando os privilégios e cobranças sociais que envolvem a hierarquização das masculinidades.

Ainda sobre a relação homens, sofrimento e trabalho, Triunfo argumenta que quando o homem é responsável financeiramente por uma família, a perda do emprego tem um impacto maior em sua vida e “termina gerando mais sofrimento”. Ele destaca que isso não está necessariamente atrelada ao dinheiro em si, mas ao papel social que cabe a esse homem desempenhar mediante a família.

**Jamille:** Exato! E tu acha que essa questão cultural que tu falou, que o homem precisa dar conta, o homem precisa ser provedor, tu acha que ela acaba atravessando de alguma forma esse cuidado, esse manejo de cuidado?

**Triunfo:** É... eu acredito que sim, sabe? Porque existe uma preocupação muito grande, por exemplo, quando a gente pega um... quando ta fazendo um cuidado ao homem aqui, por exemplo, **quando a gente pega um homem casado, que já é pai de família, que devido ao processo de adoecimento perdeu a renda, perdeu o vínculo com emprego. A gente percebe a preocupação dele com relação essa questão financeira, sabe? Mas é... não é apenas porque ele tem que ter o dinheiro, é uma questão de papel, sabe? “Meu papel é esse, eu preciso garantir isso pra minha casa”. A gente percebe muito isso, que gera também... termina gerando mais sofrimento e que dificulta mais acessar mais algumas informações, sabe?** Porque é... o, a dor e angústia naquele momento fica voltada a isso. E que...e, e tem que ser trabalhado, sabe? Tem que ser, tem que ser escutado essa angústia desse homem. E... muitas vezes essa angústia ela vem bem mais vezes, sabe? Pelo menos a minha experiência (risos).

Floresta destaca ainda que a não manutenção desse papel social por parte dos homens acaba acarretando até conflitos conjugais. Já que as mulheres acabam por cobrar do homem que assuma esse papel de mantenedor. Dessa forma, essas questões financeiras são apontadas como sendo causa de desgaste para o homem.

**Floresta:** Muitas vezes conflitos familiares.

**Jamille:** Pros dois grupos?

**Floresta:** A questão que do que tá levando a pessoa a entrar num quadro depressivo, a ideação suicida. **Muitas vezes está relacionada a conflitos familiares, conflitos conjugais ou até a questão do trabalho mesmo. De não ter condições financeira de se manter.** Não sei nem se você entrou nessa temática aí. Porque isso é umas da... ultimamente eu tou percebendo que **isso vem trazendo muito desgaste com o homem. Apesar dessa abertura que se tem, da mulher trabalhar, do homem trabalhar mas ainda existe esse lado de que o homem é quem é o mantenedor da família, que tem que gerir as despesas, né? E que as mulheres cobram, essa postura do homem. É tão interessante. É muito interessante!** Que por mais que nós trabalhemos, que a gente tenha essa emancipação, vamos dizer (risos), emancipação feminina- essa foi boa! Mas, é muito interessante que a mulher ainda cobra muito do homem esse fator, de ser o gestor, o mantenedor da família, que tem que cumprir com as despesas. E hoje em dia como tá tendo muito, infelizmente o desemprego tá grande, né? Muitas famílias tão com desgaste muito grande, né? **E os conflitos muito grande, por conta de questões financeiras mesmo. O homem**

**traz muito isso!**

**Jamille:** Então essa seria uma queixa bem comum entre os homens. Eu te perguntar agora qual a queixa entre os homens.

**Floresta:** Pronto! É exatamente, é a queixa exatamente mais voltada nessa condição financeira, a falta de emprego, de condições, de reconhecimento mesmo profissional, né? E da dificuldade de ser aceito, né? Eu coloco a dificuldade de ser aceito porque eu tou com usuário, **ele tem pouco tempo até de CAPS**, mas pra ele vir a esposa veio porque ela viu que ele já não tava mais conseguindo. Porque ele tentou, tinha tentado suicídio algumas vezes. E já pai de família, com uma estrutura boa, entendeu? E até ela ficou surpresa porque ela não tinha percebido nada. Ela começa a se cobrar. E ela tá com medo de que ele volte a fazer, né? **E é muito interessante porque ele tem uma estrutura de trabalho, já tem algum tempo em uma empresa, sabe? Assim, que já era pra ele ter uma estabilidade, mais aí ele vinha pedindo socorro e ninguém nunca tinha visto, e ele nunca tinha conseguido dizer o que ele tava sentindo, né? E aí a mulher se sente culpada por não ter visto. Porque é o homem é o másculo, é o machão que tem que se manter, né? E... graças a Deus ele tá num processo bem interessante até de retorno pro trabalho. Muito assim... chega tá empolgado. E isso é muito bom. Entendeu?**

É interessante notar ainda que Floresta acaba por reproduzir, de alguma maneira, a concepção de que o emprego é, por si só, suficiente para dar “estabilidade” ao homem. E termina assim por reforçar a ideia de que o homem precisa realmente ocupar esse lugar de mantenedor, ao agradecer a Deus o fato dele está retornando ao trabalho, ainda que tenha dito que ele está há pouco tempo em tratamento no CAPS.

Portanto, Floresta acaba por fortalecer os papéis sociais de gênero, que devido a sua rigidez, contribuem para dificultar o acesso e engajamento dos homens ao tratamento no CAPS.

### 7.3 Masculinidades e oferta de cuidado em saúde mental: repertórios discursivos dos profissionais de saúde mental

É importante reforçarmos aqui a complexidade que envolve o campo da saúde mental, o qual se constitui por meio de pluralidade, intersetorialidade e transversalidade de saberes. Portanto, esse campo não toma apenas um tipo de conhecimento como referência, o psiquiátrico, mas leva em conta a diversa gama de saberes e práticas dos demais profissionais

que ali atuam (AMARANTE, 2011).

Dessa forma, a saúde mental considera não apenas o sujeito que se posiciona no mundo, mas também suas determinações sociais, ideológicas e políticas. Portanto, se faz necessário abordar todos esses aspectos nas intervenções realizadas mediante o sofrimento psíquico (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Cabe aos profissionais assumir um compromisso com o ideal reformista para que haja a superação do modelo manicomial e não apenas a reestruturação dos serviços em saúde mental (AMARANTE, 2011). Isso envolve principalmente o processo de oferta de cuidado por parte desses profissionais, o qual deveria superar o modelo biomédico que inviabiliza que sejam abordadas questões sociais e, conseqüentemente de gênero, tão presente na psiquiatria clássica.

Contudo, isso nem sempre acontece, como ressaltado por Triunfo no trecho abaixo.

**Jamille:** E... tu sempre trabalhou em CAPS? Tu falou das experiências em CAPS, mas teve em outro espaço? A gente vê que tem um pouco de viés pra saúde mental na Atenção Básica. Apesar de ser algo que não é muito trabalhado e que não é muito falado, né? Porque tem essa... coisa do tabu, né? Saúde mental é no CAPS, aqui não.

**Triunfo:** Isso! Sim!... É... Mas assim, eu não cheguei a trabalhar mesmo, sabe?. Eu acho que trabalhar mesmo eu só cheguei a trabalhar pouco período no hospital, assumindo a clínica médica. Mas, eu passei do... durante o processo de formação na residência eu passei eu acho que uns seis meses na Atenção Básica, rodando na equipe do NASF. Aí eu ficava me questionando: enfermeiro na equipe do NASF? Mas aí eu acho que eu me encontrei muito por que não era um enfermeiro, era um enfermeiro com formação... em processo de formação em saúde mental. E aí, é..., foi muito bom! Porque eu aprendi muito nesse processo e levei uma... um novo olhar para as unidades que eu passei, sabe? A gente fazia muitos grupos de discussão. É... voltado a vários temas, sabe? da saúde. E a gente percebia... eu percebia muito que saúde mental ela era bem mais que um diagnóstico, era bem mais do que uma medicação. **E, infelizmente, a gente tende a... acredita não, a gente faz muito! é medicalizar o sofrimento, sabe? A gente se fala do sofrimento, não escuta o sofrimento. E como se trata do público masculino isso aí é pior. Porque é muito pouco frequentado. É... na época da graduação e da residência eu sentia muito a carência dos homens, é... frequentando os serviços de saúde porque o horário de funcionamento também num, num... num é tão propício, sabe? E sei que em contar a questão cultural, ainda o homem..., ele sofre com isso, sabe?**

No âmbito da saúde mental, escutar significa, em um momento inicial, acolher tudo que o usuário traga em seu relato inicial, seja queixa ou história de vida, ainda que tais colocações possam parecer irrelevantes para o diagnóstico ou tratamento. Para além disso, é importante

ajudar o usuário/a a reconstruir o que causou seu sofrimento correlacionando o que ele sente a sua vida (BRASIL, 2007).

Dessa forma, compreendemos, em conssonância com nossos/as interlocutores/as, que por meio do processo de escuta há a possibilidade de se identificar as situações de dominação e injustiça social as quais os usuários possam estar sujeitos e que tanto lhe ocasionem sofrimento quanto podem atuar em prol de seu adoecimento. O que não exclui as questões relativas ao gênero.

Ainda assim, Triunfo destaca, como no trecho acima, a presença da velha prática psiquiátrica de medicalização mediante o sofrimento, o que acaba por excluir a possibilidade de escutar algo para além dos sintomas. Inviabilizando assim a identificação de situações de sofrimento ou potencializadoras de adoecimento, que envolvam relações sociais pautadas nas desigualdades de gênero, e em especial as desigualdades de gênero que envolvem as dificuldades dos homens.

Posto que Triunfo reforça ainda que quando se trata do público masculino, a medicalização do sofrimento acaba acontecendo de forma mais acentuada, o que torna a escuta uma prática ainda menos comum para com os homens. Ele atribui isso ao fato desse público frequentar menos o serviço. Mas aqui nos questionamos se a ausência desse espaço de escuta não leva os homens a essa baixa frequência.

Em relação a isso, Lilia Schraiber (2010) aponta que os profissionais de saúde tendem a ter condutas mais generalistas no tocante ao cuidado direcionado aos homens que acaba por centrar-se no modelo biomédico com viés curativo. Desse modo, ela critica a medicalização atravessada pela cultura de gênero por esta não visibilizar as desigualdades de gênero e não considerar as relações entre masculinidades e sofrimento ou adoecimento.

Ademais, Triunfo coloca, ainda no trecho acima, que na época de sua graduação e residência profissional já percebia essa baixa frequência masculina aos serviços de saúde e acaba por atribuir isso ao horário de funcionamento dos serviços. Ainda que no momento esteja em um serviço de funcionamento integral, Triunfo não traz essa reflexão para os dias atuais, apontando de forma vaga a questão cultural como algo que causa sofrimento aos homens e também interfere na frequência masculina aos serviços.

No tocante ao engajamento e continuidade do tratamento, Ouricuri, no trecho abaixo, aponta o vínculo que se estabelece entre o homem e o profissional de saúde como sendo um fator fundamental.

A criação do vínculo em saúde mental envolve a aproximação entre usuário e o/a profissional de saúde. Essa aproximação promove um encontro entre ambos, onde um e o

outro/a são sujeitos dotados de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos. Contudo, se encontram em posições diferentes, já que o usuário/a busca cuidado frente ao/a profissional, supostamente capacitado/a para ofertar esse cuidado. O vínculo é o que vem gerar uma ligação ética de afeto entre ambos, que se traduz por meio de uma convivência que envolve suporte e respeito mútuos (BRASIL, 2010).

**Jamille:** Tu acha que, que as mulheres acabam se engajando mais no serviço do que os homens por causa disso?

**Ouricuri:** É ummm... não diria por causa disso. **Porque quando a gente quebra essa barreira, e consegue criar um vínculo com o homem, a coisa flui, sabe?** A mulher, como eu te falei, ela já se expõe mais, já se abre mais, não tem muita dificuldade de acessar essa pessoa.

É importante pontuar que por meio do vínculo, tanto profissionais quanto usuários/as, de forma individual ou coletiva, transferem afetos. Se faz necessário identificar esses fluxos de afetos tanto para compreender a si mesmo/a quanto para compreender o usuário/a e dessa forma contribuir para que a pessoa adoecida se torne mais autônoma e consiga lidar com seu adoecimento de maneira mais favorável (BRASIL, 2007).

Desse modo, o fluxo de afeto de cada profissional para com o usuário/a acontece de forma diferente permitindo expandir as possibilidades de cuidado destinadas aquele usuário/a. Assim, nesse processo, a equipe de referência<sup>8</sup> se faz fundamental (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, Ouricuri, no trecho abaixo, coloca que no que se refere a abordagem, o homem se sente mais à vontade quando ela é realizada por outro homem. E aponta que fatores culturais acabam por levar o homem a ter dificuldade de expor seus sentimentos, interferindo no processo de abertura ao tratamento. Contudo, pontua que esses fatores são mais facilmente contornáveis por um homem. O que acaba por levar os profissionais homens a referência de usuários homens no serviço.

**Jamille:** Tu acha que o fato de tu ser homem contribui (...) pra fazer uma abordagem com outro homem?

---

<sup>8</sup> Equipe de saúde, composta por profissionais de saúde de diversa áreas e saberes, que é referência para um determinado grupo de usuários e organiza-se em função dos objetivos/missão do serviço de saúde em que atuam (BRASIL, 2010).

**Ouricuri:** Umm rum! Ajuda! **Eu acho que o homem se sente mais à vontade de falar com outro homem.** Quando é mulher, ele se sente... tem um pouco de resistência.

**Jamille:** Tu imagina o porquê? Alguém já comentou alguma coisa?

**Ouricuri:** Não... **Eu acho que é da cultura, né? Eu acho que é da cultura. Que..., como eu te falei, o homem tem dificuldade de se expor, de, de expressar seus sentimentos. Quando a gente ganha confiança, que ele consegue se abrir, com um homem é bem mais fácil. É tanto que tem pacientes aqui homens que se identificam mais com nosso enfermeiro (...), né? Nós temos três enfermeiros aqui e eu (...). Então a maioria dos homens, é lógico, que se identificam mais com um de, um de nós, né? Pra ser até o TR, pra chegar e relatar algum problema que aconteceu, é isso!**

**Ouricuri:** Até porque no, no serviço de saúde a maioria é mulher, né?

**Jamille:** É! Tem essa coisa do cuidado, né?

**Ouricuri:** É! 90% é mulher, 10%, 20% é homem, né? Dos profissionais, então... **quando o homem chega e já vê que tem uma figura masculina ali, talvez ele se sinta mais seguro, né? De... de dar continuidade ao tratamento, de se abrir, se expor. Eu acho assim. Eu penso assim, né?!**

Ouricuri infere que talvez isso ocorra devido ao fato da equipe de saúde mental do CAPS III ser composta em sua maioria por mulheres, e que a presença de um homem nessa equipe acaba por gerar uma sensação de segurança que leva os homens tanto a dar continuidade ao tratamento quanto a expor suas dificuldades.

Além disso, Sertânia acrescenta que quando o profissional homem aborda o usuário homem, acredita que estes se sentem mais compreendidos em suas queixas e demandas.

**Sertânia:** (...) **Quando é voltada pra essa questão de orientação ao homem, ele escuta, sabe? Mas parece que quando o médico fala, por ser do mesmo é... do mesmo sexo aí eles acham que realmente “então ele tá me entendendo do que eu tou dizendo, né? Ele é homem, ele tá me entendendo”!, num é? Em alguns casos a gente pede ajuda, né? Vai um atendimento, pede pra um enfermeiro falar, pra fazer um atendimento voltado pra essa parte, né?, parte sobre a saúde do homem, pra poder a gente tentar trabalhar depois em conjunto.**

**Jamille:** Entendi! Então a estratégia também é fazer com que esse homem se sinta mais à vontade. Vocês percebem que ele fica mais à vontade com outro homem.

**Sertânia:** É! Isso! É porque é o tipo da coisa, né? **“Ah, então ele é homem, ele tá me entendendo. A, a dificuldade que eu tou tendo aqui ele como homem**

**ele tá sabendo, ela como mulher, ela não tá sabendo.” Sabe? Mas a gente... aí faz essa estratégia pra poder vê se surte mais efeito, né?,** pra que aquela pessoa não abandone essa medicação. Principalmente quando é o Haldol (risos), né?, que ele deixa bem, bem impregnado. Aí ele tem muita resistência. Já tem vários casos, né?, que ele diz “Mas ele sabe que eu não posso tomar essa medicação e coloca!”. Aí fica resistente.

Pontua assim que, mediante algumas demandas voltadas a saúde do homem, convoca o enfermeiro para estar à frente dessa abordagem buscando que assim ela surte mais efeito.

Triunfo acrescenta ainda que percebe que para além das questões relativas a sexualidade, é mais fácil o homem falar de suas vivências para outro homem. Como também falar de como se senti e de aspectos relacionados a paternidade.

**Jamille:** Tu acha que é mais fácil o homem se vincular a outro homem do que a uma mulher dentro do serviço?

**Triunfo:** É mais fácil... é, é dif... eu acho que não tem uma receita pronta da questão de vínculo, sabe? **Porque a questão do vínculo, ela é muito daquele momento, da forma que você é acolhido também, mas alguns assuntos é mais fácil um homem trazer pra outro homem, sabe?**

**Jamille:** Tu quer falar alguns desses assuntos?

**Triunfo:** Impotência sexual traz... é, é como efeito colateral, colateral de medicação, sabe? É mais fácil o homem falar sobre o sofrimento dele gerado pela impotência sexual. Mulheres também traz... em atendimentos individuais. Ah é... agora eu não sei. Talvez seja eu que pergunte... (risos). Porque eu sou muito aberto, sabe? Com relação a algumas temáticas de sexualidade e aí é... eles conseguem trazer sobre isso, sabe? Mas a gente per... **eu percebo que o homem fica mais à vontade também com outro homem, sabe? É... de trazer alguns detalhes da vida dele. É... também é muito mais fácil homem trazer a questão do... como é que ele se sente pra outro homem, sabe? É... tem um... da questão da paternidade, como quer ser pai, como ser pai, se eu falhei na paternidade. Quando é outro homem escutando eu acho que ele fica mais a vontade de trazer essas questões...**

Dessa forma, Triunfo aponta uma estratégia que contribui com essa facilitação do estabelecimento do vínculo com os homens. Ele coloca que fala de suas experiências, respeita o tempo do homem em se abrir e falar de si.

**Jamille:** E tu pensa, assim, em alguma estratégia, em relação a isso? Desse

vínculo com homens acabar facilitando?

**Triunfo:** Sim! Geralmente eu faço o seguinte, sabe. Acho que me ajuda muito. É... é... no fim, nessa construção é... de vínculo. A gente começa a contar experiências, sabe? E eu respeito o tempo dele. Eu num...porque ele só quer falar até aqui, eu num digo: Não você tem, o que causou mais isso? Não questiono, sabe? Foi até aqui, então até aqui é importante pra hoje então, trabalhar isso. Se você tiver, se você quiser e você vê que esta preparado pra trabalhar mais alguns assuntos a gente pode tá abordando em outro momento. Se assim você quiser. E assim, a gente vai aos poucos, sabe? Eu acho que a imposição, porque muitas vezes a gente fica... no processo de cuidado é muito comum as interrogações e aí tu quer respostas é... imediatas, sabe? Até pra conduzir o cuidado fica mais fácil quando a gente sabe a causa. Mas eu acho que essa preocupação deve ser levada pra outra esfera, sabe? Porque muitas vezes não há uma causa só. São muitos fatores, sabe?

Triunfo ressalta ainda que mesmo que a condução do cuidado acabe por se tornar mais fácil mediante algumas respostas que poderiam ser dadas por estes homens, ele não procura trabalhar nenhuma vivência além da que o homem se sente à vontade de expor no momentaneamente naquele atendimento.

**Jamille:** É... tu percebe nesse processo, quando tu fala desse, desse... dessa escuta, desse cuidado, tu percebe que é um pouco diferente pra homem e pra mulher? Nesse sentido dessa construção de cuidado? Alguns se coloca mais do que outros?

**Triunfo:** Sim, eu percebo! É... eu acho que pela questão cultural também, a questão da é... região também, sabe? Eu tinha muita dificuldade de..., eu acho, dificuldade de início, sabe? De acessar algumas informações, é... do público masculino. Por exemplo, eu tinha um usuário aqui que ele tinha..., quando eu cheguei aqui há três anos, eu passei a ser o técnico de referência dele. Mas ele já era um usuário que já vinha fazendo acompanhamento no CAPS há muito tempo. E eu vim consegui uma informação dele, que mudou toda a visão, que o serviço tinha sobre o processo de adoecimento dessa pessoa, depois de dois anos. Algo que ninguém da equipe tinha alcançado, sabe?, essa informação. E quando eu alcancei é..., eu compreendi sobre o sofrimento dele, mas precisou uma construção de vínculo muito grande. Coisa que com as mulheres é diferente, sabe? As mulheres é de vir a proporcionar isso mais rápido, sabe? Ela cria vínculo mais rápido. E com o público masculino eu sinto que isso é um pouco mais lento. Mas é processo (risos) Tudo é processo.

Triunfo faz referência a esse atendimento com um usuário e reforça o processo de construção de vínculo que se deu ao longo de dois anos. Chega a pontuar questões regionais e

culturais como pontos que lhe atravessavam inicialmente no serviço e acabavam por gerar muita dificuldade em acessar esses homens.

Ele diz ainda que percebe o sofrimento decorrente das cobranças sociais em torno das masculinidades chamando atenção para o papel social de provedor familiar imposto ao homem. Aponta isso como fator que gera mais sofrimento, o que acaba por dificultar o acesso a mais informações sobre as vivências desse homem por se sobrepor a elas.

**Jamille:** Exato! E tu acha que essa questão cultural que tu falou, que o homem precisa dar conta, o homem precisa ser provedor, tu acha que ela acaba atravessando de alguma forma esse cuidado, esse manejo de cuidado?

**Triunfo:** É... eu acredito que sim, sabe? Porque existe uma preocupação muito grande, por exemplo, quando a gente pega um... quando ta fazendo um cuidado ao homem aqui, por exemplo, quando a gente pega um homem casado, que já é pai de família, que devido ao processo de adoecimento perdeu a renda, perdeu o vínculo com emprego. A gente percebe a preocupação dele com relação essa questão financeira, sabe? Mas é... não é apenas porque ele tem que ter o dinheiro, é uma questão de papel, sabe? **“Meu papel é esse, eu preciso garantir isso pra minha casa”.** A gente percebe muito isso, que gera também... termina gerando mais sofrimento e que dificulta mais acessar mais algumas informações, sabe? Porque é... o, a dor e angústia naquele momento fica voltada a isso. E que...e, e tem que ser trabalhado, sabe? Tem que ser, tem que ser escutado essa angústia desse homem. E... muitas vezes essa angústia ela vem bem mais vezes, sabe? Pelo menos a minha experiência (risos).

Contudo, é fundamental reconhecer que o engessamento desses papéis sociais de gênero são fatores externos que tanto se constitui como causa do sofrimento quando contribui para o seu agravo (BRASIL, 2007).

Portanto, o compromisso ético que o profissional deve manter para com o/a usuário/a envolve ajuda-lo a enfrentar ou minimamente perceber essas causas externas (BRASIL, 2007). E não somente as perceber como empecilho a acessar outras informações, a relegando a segundo plano visto que há o reconhecimento do sofrimento que essas determinações sociais vêm causando.

Desse modo, Triunfo fala da necessidade de escutar essa angústia desse homem, ou seja, ele chama atenção para a necessidade de se ouvir e dar visibilidade as questões relativas as masculinidades que venham aparecer no processo de oferta de cuidados.

O que nos questionamos se não indica um furo no processo pontuado por Lilia Schraiber (2010) e descrito também pela maioria dos/as nossos/as interlocutores/as, em que os atendimentos aos homens acabam por ter o foco em suas queixas e sintomas, o que não permite a eclosão das questões referentes as masculinidades.

No que se refere a abordagem, Salgueiro pontua que não faz quase nenhuma distinção quando aborda homem ou mulher. Descreve o roteiro que costumeiramente segue na entrevista inicial com o/a usuário/a e reforça que não tem uma diferença significativa nos questionamentos destinados aos dois públicos, a não ser que haja algum dado de sintomatologia clínica a ser considerado.

**Jamille:** Unrum. É... há alguma diferença se for um homem ou uma mulher sendo atendida? Quais as particularidades pra um e pra outro?

**Salgueiro:** Cê fala no sentido de atendimento... eu enquanto profissional?

**Jamille:** Isso! No sentido de atendimento, de abordagem, de orientação...

**Salgueiro:** Vê só. A minha, a minha abordagem, quando eu faço atendimento, eu não tenho muito essa distinção, não, sabe? A não ser... Eu observo muito a conduta do usuário. É... se a mulher for agressiva, eu busco respeito. Do mesmo jeito que se o homem for agressivo, eu busco respeito. (...) Mas é... **eu não tenho nenhuma distinção no sentido de abordagem, sabe? É... eu começo sempre abordando pela principal queixa, porque que que o usuário veio pra cá. É... tentando entender um pouquinho o histórico de vida dele atual, se aconteceu alguma coisa recentemente, alguma coisa que mudou. Se tá fazendo uso das medicações ou não, como é a rotina em casa, como é a questão do sono, né? (Tosse) E depois eu parto pra o histórico é... da... não da primeira infância, mas da adolescência. Como era na escola, se teve dificuldade na escola ou se não teve. Como foi a juventude. Principalmente quando é mãe ou irmão é... a gente consegue colher um pouco mais de informações nesse sentido. É... se sofreu por algum problema na, na infância/adolescência, né? Aí eu tento buscar um pouquinho desse histórico também. A partir de quando foi que começou os principais sintomas? Se teve um evento traumático muito perto de quando iniciou os sin... os, os primeiros sintomas. Então assim, os questionamentos são mais ou menos esses. Mas eu não tenho assim uma distinção muito significativa entre os questionamentos que eu faço pra um homem ou os questionamentos que eu faço pra uma mulher. Só se vier apresentando é... outras sintomatologias clínicas, né? Aí é específico pra cada um. Mas no sentido de CAPS eu não faço distinção não, sabe? Eu busco... os questionamentos são mais ou menos os mesmos pra os dois, pra os dois gêneros.**

Além dele, Triunfo coloca que faz perguntas abertas a ambos os públicos durante o acolhimento. E pontua que mediante a dificuldade de resposta deixa para abordar aquele conteúdo em outro momento ou reforça a pergunta.

**Jamille:** É... se tem alguma diferença se for homem ou mulher sendo atendido. Então quando chega um homem, quando chega uma mulher e tu vai fazer um atendimento, tu sente que esse atendimento ele é, é semelhante, falo semelhante porque tem a individualidade dos casos, ou tu acha que o atendimento acaba sendo um pouco diferente? Se for homem tu vai pra um viés, se for mulher tu vai pra outro? Tu consegue abordar algumas coisas com homem, com mulher já não consegue?

**Triunfo:** Geralmente, nos acolhimentos que eu faço, é... eu, eu, eu faço perguntas abertas, sabe? E eu faço com que eles respondam e eu escuto. É... muitas vezes uma das perguntas é: **O que lhe trouxe ao CAPS? O que está acontecendo? Começou desde quando? Aí eu fico só escutando, geralmente, o acolhimento eles são bem parecidos, sabe? Quando a gente percebe que tem dificuldade pra resposta, é... ou a gente trabalha aquela temática em outro momento, ou é...a gente reforça, sabe?, a pergunta.** E dependendo da situação do usuário, como ele chega, talvez ele não consiga responder. E muitas vezes quem responde é o outro por ele, sabe? Eu acho que o acolhimento ele tem que ser parecidos feedback talvez diferentes, dependendo do quadro do usuário, sabe? Se for um quadro mais psicótico o feedback ele é mais comprometido, sabe? Porque a crítica tá comprometida também. E a gente não consegue acessar muitas informações. Embora seja um acolhimento, seja igual o feedback ele pode ser diferente, sabe?

**Jamille:** E tu acha que acaba tendo um pouco mais de resistência de um público ou de outro? No sentido de quando tu faz essa pergunta disparadora? De algum público específico ter mais dificuldade de ir falando, de ir construindo um discurso e tu precisar fazer mais perguntas?

**Triunfo:** Oh! Depende muito! Sabe? **Depende muito. Você perguntando, eu refletindo assim sobre a minha conduta aqui e sobre as experiências dos usuários que atendi, depende muito! Depende muito como esse indivíduo chega aqui, sabe? Seja ele homem, seja ele mulher. É... da forma que é... ele vai conseguir, é... trabalhar. Mas de forma geral mulher, é... a não ser quando ela tá com o humor rebaixado. Mas tirando isso, ela consegue verbalizar mais, trazer mais detalhes, sabe? Trazer mais riquezas e detalhes na fala. E, geralmente, é... consegue pontuar fatores, sabe? O homem, na verdade, ele consegue pontuar sintomas, sabe? Eu percebo muito aqui. Eu acho que o público feminino é mais fácil a fala, sabe? O público masculino é, é um pouco mais difícil. É... eles trazerem mais detalhes, mais riqueza, sabe?**

É importante perceber que mesmo colocando que, no geral, as mulheres têm mais facilidade em verbalizar suas dificuldades abordando suas vivências com detalhes e que os homens acabam por focar na sintomalogia que vêm apresentando, a estratégia de abordagem permanece sendo a mesma tanto para homens como para mulheres. Tal postura parece acabar por não considerar as especificidades de gênero no processo de cuidado.

Questionamos se isso não se constitui em mais um empecilho ao acesso e permanência dos homens no CAPS III. Já que a abordagem utilizada acaba por não considerar sua dificuldade em falar de seu sofrimento, ainda que essa dificuldade seja reconhecida pelos/as profissionais, como exposto na fala de Ouricuri abaixo:

**Jamille:** (...) em relação ao atendimento, tu percebe que existe alguma diferença no atendimento de homem e mulher no sentido de que a mulher eu tenho que ir mais dessa forma, mais por esse lado. O homem eu tenho que ir mais dessa forma, mais por esse outro lado.

**Ouricuri:** Eu não diria, eu não diria... uma diferença, mas até porque é, são, são... é diferente o homem da mulher, o comportamento. Então a gente tem que agir de acordo com o comportamento de cada um. Não é que a gente tenha de tratar diferente, mas de acordo com a necessidade do momento. Mas o ... **a... dinâmica é a mesma.**

**Jamille:** Entendi! Ai tu fala que de acordo com o comportamento de cada um tipo o homem não ser tão ... colocar tantas coisas, já que ele não traz muita coisa, e pra mulher conseguir fazer um atendimento mais aberto. É isso? Fazer mais perguntas...

**Ouricuri:** Assim, **geralmente a mulher já chega expondo tudo, o homem, como eu te falei, é mais fechado. Então a gente tem que procurar uma maneira daquele homem se abrir, né? Ganhar a confiança dele pra que ele possa se abrir, é... em relação ao que tá afligindo ele naquele momento. Mas não é, é... eu não vejo diferença no atendimento enquanto profissional.**

Portanto, embora os/as profissionais de saúde mental tenham a percepção das nuances de gênero que atravessam a oferta de cuidado, acabam por não considerá-las em suas práticas, que permanecem voltadas a abordagem de um sujeito universal, sem gênero.

Diante do exposto nos três eixos, sintetizamos, na figura 1 a seguir, a configuração de repertórios discursivos a que chegamos:

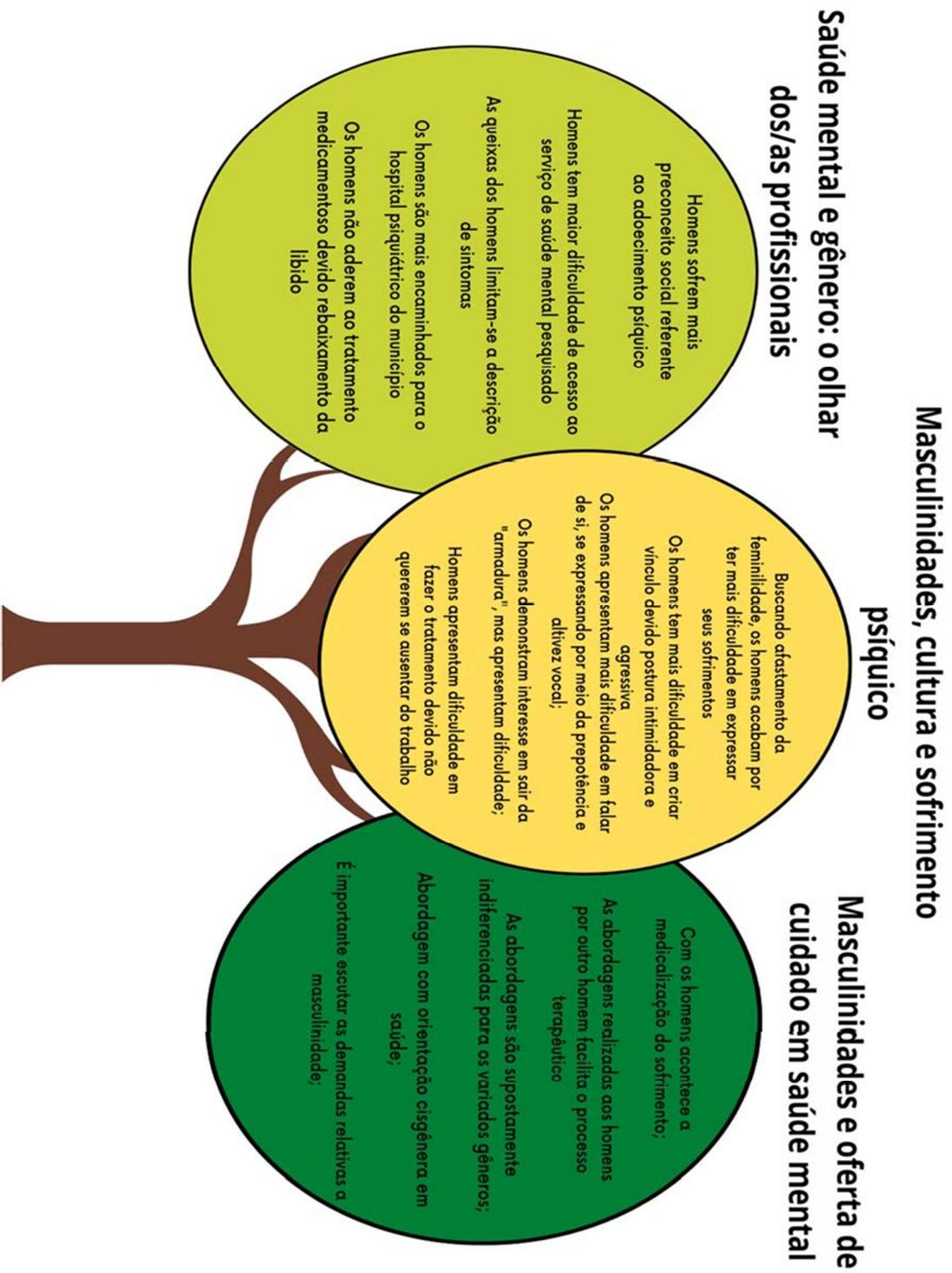


Figura 1- Repertórios discursivos dos/as profissionais de saúde mental.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início, faz-se necessário reforçarmos que esta pesquisa não ambicionou dar conta de todas as possibilidades analíticas das entrevistas/conversas realizadas, visto que tínhamos, como já exposto anteriormente, por objetivo geral analisar, por meio de uma perspectiva psicossocial, a produção de sentidos sobre masculinidades e saúde por profissionais de saúde mental, a partir da promoção de cuidados no sertão pernambucano. E, mais especificamente investigar repertórios discursivos sobre homens, masculinidades e saúde produzidos por profissionais que atuam no campo da saúde mental; analisar regularidades e contradições nessas produções e compreender se (e como) esses/as profissionais articulam saúde mental e gênero em suas práticas discursivas. Dito isto, partamos para algumas considerações sobre os nossos achados..

É importante argumentarmos que, no tocante as masculinidades, os/as nossos/as interlocutores a associam a homens cisgênero, ignorando qualquer experiência de masculinidade que não esteja associada a esta identidade de gênero. Vemos isso na fala de Salgueiro (exposta na página 81), que chega a fazer referência a população LGBT, mas não inclui a categoria “Homens” quando se refere a esta população.

Isso vem reafirmar o debate de Judith Butler (2008) sobre a organização social, que se configura a partir da cisheteronormatividade e toma, assim, a heterossexualidade como referência. Nessa perspectiva, constitui-se uma ordem social e sexual que estabelece uma linearidade entre corpo-sexo-gênero-sexualidade o que acaba por definir normas que regulamentam o pertencimento social de homens e de mulheres.

Dessa forma, configura-se a masculinidade hegemônica, que segundo Robert Connell e James Messerschmidt (2013) aponta o modelo mais honrado de ser homem que passa a ser referência para todos os homens, ainda que seja adotado por uma minoria.

No que se refere a saúde mental, nosso estudo apontou que, por um lado, parece haver uma herança da velha prática psiquiátrica que acaba por sustentar um processo de exclusão e discriminação social para com os que necessitam dos cuidados dos serviços de saúde mental.

Identificamos que, para no bojo das questões sociais de discriminação, se entrelaçam questões relativas a gênero. Para nossos/as interlocutores/as, os homens acabam por buscar menos os serviços de saúde mental quando comparado as mulheres e apresentam uma maior dificuldade em relação à compreensão de seu adoecimento. O que foi apontado por um de nossos interlocutores, a saber Salgueiro, como possível causa para um maior índice de suicídio

entre homens.

Tal colocação reafirma nosso pressuposto, a partir da colocação de Anna Maria Santos (2009), de que a abordagem do sofrimento psíquico a partir de aspectos culturais e sociais exige que se analise os diversos significados que os sujeitos constroem mediante esta experiência, considerando para essa discussão a perspectiva das relações sociais pautadas na desigualdade de gêneros.

Ademais, observamos que no tocante a queixas, os/as profissionais destacam que os homens as apresentam de forma mais reduzida, focando na descrição de sintomas. Como as mulheres acabam por falar mais de suas experiências de vida e até a relatar violação de direitos e experiências de violência psicológica, facilitando, em tese, a promoção da saúde mental para essa população.

Contudo, em nossas análises, parece que o sofrimento psíquico decorre também tanto da assimetria que configura as relações sociais entre os gêneros quanto da rigidez que se estabelece mediante os papéis e identidade de gênero, visto que, na leitura dos/as nossos/as interlocutores/as, os homens acabam tendo mais dificuldade em falar de seu sofrimento devido aspectos histórico-culturais.

Diante disso, identificamos que são as mulheres as mais encaminhadas para serviços da assistência social, mediante as demandas apresentadas. Quanto aos homens, é mais comum, ainda que raramente aconteça, o encaminhamento para o hospital psiquiátrico da cidade. Como também, são eles que mais chegam ao CAPS III, por meio de encaminhamento desse serviço.

Isso nos leva a refletir, apoiados na discussão de Daniel Campos, Ludmila Cavalcanti e Marcos Nascimento (2009), que ainda existe um silenciamento mediante homens que se encontram em situação de vulnerabilidade social, o que pode estar funcionando em favor da manutenção dos padrões culturais hegemônicos das masculinidades. E nos faz questionar qual o lugar dos homens na Política Nacional de Assistência Social? E como essa inserção ou exclusão afeta a saúde desses homens?

Um de nossos interlocutores, Triunfo, aponta a não adesão do público masculino ao tratamento medicamentoso como sendo fator que contribui para que os homens circulem mais no hospital psiquiátrico que as mulheres. E Sertânia chama atenção para o rebaixamento na libido provocado pela medicação como fator que afasta o homem dos remédios.

Dessa forma, a necessidade de estar em concordância com os padrões normativos de gênero que exigem do homem o exercício da sexualidade por meio da ereção e penetração, como também a tendência masculina a negligenciar o autocuidado de uma maneira geral e conseqüentemente negligenciar, também, o autocuidado necessário a manutenção do

tratamento medicamentoso, como cumprir o horário do remédio, acabam por ser um fator dificultador ao engajamento do público masculino a esse tipo de tratamento, em particular e ao tratamento no serviço de atenção psicossocial, no geral, resultando em uma significativa presença de homens no serviço psiquiátrico da cidade.

Além disso, identificamos que na concepção dos/as interlocutores/as, os homens se mostram mais dependentes de encaminhamento para acessar o serviço de saúde mental, muitas vezes necessitando de acompanhante. Já as mulheres chegam por demanda espontânea. Tal padrão parece coerente com as leituras desenvolvidas nessa dissertação sobre certa domesticação do corpo das mulheres pelo poder biomédico, que as coloca como sujeito de necessidade, como, os homens nem se percebem, nem são percebidos como tal.

Essa diferença de acesso acaba por levar os homens a chegar ao serviço em um estágio de sofrimento e adoecimento mais avançado que o das mulheres; e nos leva a questionar quais as implicações de gênero que atravessam o acesso a esse serviço bem como de que forma trabalhar essas implicações por meio das práticas de cuidado em saúde.

A identificação e análise de componentes culturais sobre o masculino deve ser potente ao ponto de permitir o debate de estereótipos e preconceitos que venham dá lugar a novas versões e sentidos (MEDRADO; LYRA, 2008). Tal argumento parece ter sido constatado em nosso estudo, pois os/as profissionais argumentam que os homens também acabam conseguindo falar de si quando identificada alguma de suas dificuldades. Que ainda que sejam mais contidos que as mulheres, os homens buscam um espaço de fala no serviço em que suas questões também possam ser ouvidas. Talvez isso aponte para uma possibilidade de trabalho com homens.

É importante entendermos de que homem os/as nossos/as interlocutores/as estão falando. E no tocante a isso, foram muitas as falas que definiram esse homem por meio da expressão “cabra macho”.

Sertânia ao falar sobre esse homem, destaca a questão cultural do sertão pernambucano e aborda as restrições impostas esse homem para afastá-lo daquilo que está culturalmente associado à feminilidade. Triunfo acrescenta que este é um homem que não expõe seus sentimentos e ao qual é cobrada estabilidade emocional para lidar com as questões da vida. Ouricuri traz que a esse homem não é permitido demonstrar fraqueza. Um homem que expressa a dificuldade de falar de si por meio de prepotência e altivez na vocal, como coloca Floresta. E Salgueiro acrescenta que é um homem que tem dificuldade de se vincular ao profissional de saúde. E que não gosta de ir ao CAPS III, como coloca ainda Ouricuri.

Portanto, o “cabra macho” descrito pelos nossos/as interlocutores/as é uma figura avessa a qualquer expressão que se associe culturalmente à feminilidade. É um homem que buscar ser

forte e dotado de estabilidade emocional mediante as demandas da vida. Um homem que não se lamenta expondo seus sentimentos e se envergonhando de chorar. Um homem que se expressa por meio de prepotência e altivez vocal. Não afeito aos cuidados em saúde mental.

Essa descrição se articula com o que se descreve sobre o homem Nordestino que é um homem que rejeita as delicadezas, superficialidade e artificialidade da vida moderna. É definido como um macho que tem condições de trazer de volta o patriarcado em crise, de extrair a passividade e subserviência de sua região. Como também é um ser viril de costumes rústicos, masculinos, conservadores (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013).

Por mais que o discurso da identidade regional funcione a partir de uma lógica da similaridade, por meio do processo de unificação de experiências, ele tende a criação de uma essência regional. Ele surge de uma diversidade de elementos composta por signos, discursos e práticas unificadas em torno de uma imagem homogênea que traduz as características da região. No entanto, esse discurso identitário regional oscila entre o plural e o singular (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2013). E furos aparecem.

Floresta afirma que observa que esse homem vem se permitindo perceber-se mais e coloca que ele deseja sair da “armadura”, ainda que não consiga. Mediante a participação nas atividades propostas pelo serviço, esse homem chega a enxergar respostas para suas angústias e conseguir até da continuidade ao tratamento de forma mais engajada.

Identificamos aqui uma abertura dos homens ao processo de tratamento no CAPS III, o que não poderia deixar de ser destacado e percebido como uma potencialidade ao cuidado dos homens. Ainda que o contrário insista em acontecer, já que os homens tendem a abandonar o tratamento logo no início do processo e não retomem o cuidado, mesmo mediante visita domiciliar realizada por algum/a profissional da equipe.

Um dos aspectos destacados por nossos/as interlocutores/as como empecilho à continuação do tratamento é a relação entre os homens e o trabalho. Sertânia aponta a resistência dos homens em abrir mão de estar trabalhando temporariamente para ir ao tratamento no CAPS III. Ainda que essa pausa não implique em perda financeira, mediante a possibilidade de receber o Benefício de Prestação Continuada- BPC, coloca que os homens que de fato buscam essa alternativa são os que realizam trabalho braçal, como os demais seguem demonstrando resistência em pausar seu processo de trabalho em prol do tratamento.

Constatamos aqui questões também de classe que atravessam a relação homem, trabalho e tratamento. Contudo, reforçamos que existem direcionamentos nesse estudo que demandam outras análises e formas de olhar, as quais não nos propomos a realizar, no momento, devido o curto espaço de tempo de que dispomos.

Ainda sobre a relação homem, trabalho e tratamento, constatamos ainda que está se tornando mais complexa quando esse homem ocupa o papel de provedor da família. Triunfo chega a dizer que nesta condição o afastamento do trabalho, ainda que temporário, acaba por gerar mais sofrimento. Contudo, reforça que isso não se dá devido ao dinheiro em si, mas principalmente devido ao fato deste homem não estar exercendo o papel social que lhe foi determinado.

Mais uma vez, identificamos aqui o processo de dominação decorrente das determinações sociais resultantes do entrelaçamento do gênero, como marcador social, ao processo de cuidado em saúde dos homens.

Ainda assim, uma de nossas interlocutoras, Floresta, acaba por reforçar esse papel masculino de mantenedor da família chegando a abordar o trabalho como sendo por si só suficiente para garantir uma “estabilidade” ao homem.

Entendemos que para compreender o sofrimento do homem em relação ao afastamento do trabalho, como também o sofrimento decorrente das cobranças sociais para com esse homem, é necessário ao profissional em saúde mental escutar esse homem em seu sofrimento. Contudo, ainda que Triunfo identifique a necessidade de escutar as questões relativas às masculinidades que possam surgir no processo de oferta de cuidados, identificamos, em sua fala, que existe uma carência maior na escuta do sofrimento masculino, quando comparado ao feminino. E, ainda mais, uma tendência à medicalização desse sofrimento.

Vimos, assim, a existência de uma prática que acaba por invisibilizar as questões de sofrimento ou de potencial adoecimento decorrentes das relações sociais atravessadas pelas desigualdades de gênero que abrangem as dificuldades masculinas. Ainda que tenhamos percebido que alguns de nossos/as interlocutores/as utilizam estratégias para se aproximar desses homens e ofertar cuidado.

Dessa forma, o vínculo é considerado uma estratégia terapêutica essencial no processo do tratamento dos homens. E alguns de nossos/as interlocutores/as colocam a importância da abordagem realizada por um homem a outro homem. Seja porque assim eles se sentem mais compreendidos em suas queixas e demandas, como destaca Sertânia, seja porque ao compartilhar suas próprias experiências o profissional acaba por facilitar esse processo de vinculação, como afirma Triunfo.

Entretanto, ainda que identifique as particularidades que se apresenta na abordagem dos/as usuários/as dos equipamentos de promoção à saúde mental e até lance mão do vínculo como uma estratégia de facilitação ao processo de cuidado, os/as profissionais acabam por não ir além disso. Assim, no tocante às abordagens, referem que esta permanece se dando da mesma forma entre homens e mulheres, ainda que identifiquem que, no geral, as mulheres têm mais

facilidade em falar de suas vivências que os homens, que acabam por focar na descrição de sintomas.

Portanto, ainda que os/as profissionais de saúde mental percebam as nuances de gênero que atravessam a oferta de cuidado no serviço, estas acabam não sendo consideradas em suas práticas, que permanecem voltadas a abordagem de um sujeito supostamente universal, sem gênero, sem raça, sem etnia... Supostamente porque parece que esse sujeito não é abordado a partir de um lugar genérico e sim a partir de um lugar definido pela referência a norma cisheteronormativa, branca.

Nessa perspectiva, não identificamos nos discursos de nossos/as interlocutores/as algo que fizesse referência à reflexões sobre gênero, sendo essas questões abordadas tão somente a partir das provocações em forma de perguntas realizadas por nós. Como também identificamos que durante todo o processo não houve referência a Política Nacional de Saúde dos Homens. Isso dá indícios que a discussão sobre saúde mental no serviço pesquisado ainda não considera as questões de gênero que atravessam as práticas de cuidado. Nos questionamos se isso não é reflexo do destaque que as residências terapêuticas vem alcançando e do lugar de referência que estas vem ocupando em saúde mental, visto que elas se valem de um discurso averso ao gênero instituindo interlocutores antigênero.

Tais achados, reafirmam, assim, a ideia de que é imprescindível reconhecer que as determinações sociais voltadas ao gênero geram relações de desigualdade que causam tanto sofrimento quando agravo do adoecimento, seja aos homens ou as mulheres. Nesse sentido, faz-se indispensável reconhecer a necessidade do compromisso ético que o profissional de saúde mental deve assumir para com o/a usuário/a ao identificar essas causas externas e promover minimamente seu enfrentamento. Com esse trabalho, pretendemos também promover essa reflexão e facilitar de alguma forma esse processo.

Reiteramos, que isso só se faz possível a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em que o foco de atuação não se restringe a doença somente, mas considera também as questões ideológicas, políticas e sociais que envolvem a vida dos/as usuários/as. O que dá condições de identificar o sofrimento ou agravo causado por situações de dominação e injustiça social que envolvem o gênero e acabam por prevalecer em determinadas culturas.

Contudo, as dificuldades percebidas ainda por parte dos/as profissionais neste estudo, demonstram a necessidade de para além de identificar, como alguns de nossos/as interlocutores/as fazem, mas refletir criticamente sobre essas questões a ponto de considera-las na construção das práticas diárias de cuidado aos homens em saúde mental.

Talvez seja esse um dos maiores desafios desse trabalho, promover essa reflexão crítica

e abrir possibilidades outras de atuação que venham dá subsídios para a construção de saberes e práticas que para além das especificidades de gênero, considerem também a desnaturalização das hegemonias, que causam tanto sofrimento e exclusão de alguns grupos.

Esperamos que esse estudo facilite esse processo, ainda que estejamos cientes de suas limitações. Entre elas está o fato dele ter sido realizado em meio a uma pandemia, o que acabou por impossibilitar que ampliássemos nosso processo de produção de informações, que poderia ter se dado também por meio de grupos focais. Ademais, não tivemos a oportunidade de fazer um contraste com um serviço de um grande centro urbano, o que viria a enriquecer a discussão. Como também, reconhecemos que tivemos um pequeno número de interlocutores e uma restrição no campo de conhecimento, visto que fizemos uma pesquisa exploratória e que nossos/as interlocutores/as se referiram a um homem cisgênero, heterossexual, branco, o que acabou por invisibilizar outras questões, como a questões raciais, por exemplo. Reforçamos que não foi opção nossa que não tenha aparecido aspectos que nos possibilitasse trabalhar o viés da interseccionalidade, mas não foram fatores abordadas pelos/as profissionais.

Ainda assim, essa pesquisa produziu efeitos tanto para os/as profissionais entrevistados/as quanto para mim, como pesquisadora. Foram muitas as vezes que ouvi dos/das profissionais, durante as entrevistas, que os questionamentos feitos os/as fizeram pensar sobre aquele aspecto abordado e também sobre a atuação profissional no dia-a-dia do serviço. Acredito que desse modo, eles/elas não vão olhar da mesma forma para as demandas que se apresentem, já que foram convocados a refletir a partir de uma postura um pouco mais crítica sobre os atravessamentos de gênero. Talvez, isso seja um impulso inicial para saberes e práticas que questionem as normas que causam tanto sofrimento.

Para mim, como pesquisadora, este trabalho, me fez refletir sobre o sofrimento decorrente das normativas hegemônicas, que são tanto causa quanto efeito do adoecimento mental. Essa pesquisa me permitiu ocupar um outro lugar, não me é mais possível olhar para a saúde mental sem enxergar os atravessamentos de gênero que acabam por direcionar as práticas profissionais. Para além disso, essa dissertação ainda me convocou a lutar mais em favor desse processo de desnaturalização do instituído. Acredito que muito ainda precisa ser produzido a nível de conhecimento e me sinto na responsabilidade de divulgar e levar esse trabalho adiante.

Por fim, muitos questionamos ainda ficaram: Será que a ausência de espaço de escuta nos serviços de saúde mental não leva os homens a baixa frequência? Será que a abertura que os profissionais demonstram em ouvir e dar visibilidade as questões relativas as masculinidades, ainda que apresentem dificuldade quanto a isso, já não indica potencial mudança capaz de estimular o processo de cuidado dos homens? Como os usuários se

relacionam com as suas masculinidades e de que forma isso atravessa seu processo de cuidado? Esperamos dispor de mais tempo para responde-los um dia, quem sabe em uma próxima pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **Nordestino**: uma invenção do falo – uma história do gênero masculino (Nordeste – 1920-1940). Maceió: Edições Catavento, 2013.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Nº1, Vol 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. 3ª Ed.

AMARANTE, Paulo e NUNES, Mônica de Oliveira A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 2 Agosto 2022] , pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em 30/07/2022.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira in MALUF, Sônia Weider e TORNQUIST, Carmen Susana (organização) **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 63, p. 811-821, dez. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000400811&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400811&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 maio 2021.

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. SUICÍDIO E MASCULINIDADES: UMA ANÁLISE POR MEIO DO GÊNERO E DAS SEXUALIDADES1 1 Apoio e financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Psicologia em Estudo** [online]. 2020, v. 25 Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>>. Acesso em 15 de agosto de 2022.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; GUERREIRO, Iara Coelho Zito. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis *In* Magda, Dimentein; Jader, Leite; Macedo, João Paulo & Dantas, Candida (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais** (pp. 121-140). São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi,2016.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011; dez 26.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. **OPAS**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Cidadania. **Guia do BPC**: Orientações Gerais- Brasil: Ministério da Cidadania, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Trad. Renato Aguiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CAMPOS, Daniel de Souza; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; NASCIMENTO, Marcos Antônio Ferreira. Homens e Proteção Social: desafios para a Política Nacional de Assistência Social *in O Social em Questão* - Ano XXII - nº 43 - Jan a Abr/2019 pg 239 – 256. Disponível em: [OSQ\\_43\\_art\\_10.pdf \(puc-rio.br\)](https://www.puc-rio.br/OSQ_43_art_10.pdf). Acesso em: 21/03/2023.

CONNELL, Robert. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre. Vol. 20 (2), 1995.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 241-282, Abr. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2013000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 set. 2020.

COUTO, Marcia Thereza; DANTAS, Suellen Maria Vieira. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 857-868, Dec. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000400857&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400857&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2021.

CRAIG, Steve (org.) (1992) - **Men, masculinity and the media**. Research on men and masculinities series. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications. Vol. 01.

CRUZ, Luísa Marianna Vieira da. Estratégias de resistência a heterossexualidade compulsória utilizadas por mulheres que mantem relações afetivo-sexuais com mulheres em contextos interioranos. **Dissertação (Mestrado)** - Universidade Federal de

Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2019.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* . Psicologia, políticas públicas e práticas sociais: experiências em pesquisas participativas. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 10, n. 1, p. 24- 36, jun. 2015 . Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

ENGEL, Magali Gouveia. Sexualidades interdidas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, Supl., p.173-190, jun. 2008.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2021.

FOUCALT, Michael. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FURTADO, Juarez Pereira.; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática dos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n. 1, mar/2005.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 07-41, 1995. Disponível em: [Vista do Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial \(unicamp.br\)](http://www.unicamp.br/vista-do-saberes-localizados-a-questao-da-ciencia-para-o-feminismo-e-o-privilégio-da-perspectiva-parcial) Acesso em 04 de agosto 2022.

IZQUIERDO, María Jesús. “Lo que cuesta ser hombre: costes y beneficios de la masculinidad. *In Congreso SARE*, 2007. Universitat Autònoma de Barcelona- EMAKUNDE, Donostia.

KARAM, Karen Follador. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2004, v. 12, n. 1 [Acessado 9 Agosto 2022] , pp. 303-320.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000100016>>. Epub 13 Out 2004. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000100016>.

KIMMEL, Michael S. (Ed) (1987) - **Changing men**: New directions in research on men and masculinity. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.

KIMMEL, Michael (1992a) - **La producción teórica sobre la masculinidad**: nuevos aportes. In: RODRIGUES, Regina (ed.) Fin de siglo. Genero y cambio civilizatorio. Santiago: Isis International, Ediciones de las mujeres, nº 17, p. 129-38.

KIMMEL, Michael (1992b) - Foreword. In: CRAIG, Steve (ed.). **Men, masculinity and the media**. Research on men and masculinities series. Newbury Park, London, New Delhi: Sage

Publications, p. xi-xii.

KIMMEL, Michael S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 4, n. 9, p. 103-117, out. 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71831998000200103&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71831998000200103&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 maio 2021.

KIMMEL, Michael S. (2016). Masculinidade como homofobia: medo, vergonha e silêncio na construção da identidade de gênero. **Equatorial**, 3(4), 97-124.

CABRAS DE LAMPIÃO, Fundação Cultural. **Serra Talhada- Origem**, s/d. Disponível em: <https://cabrasdelampiao.com.br/serra-talhada-origem/>. Acesso em 22 de junho de 2021.

LIMA, Aléxya Cristal Brandão. Mulheres rurais chefes de família : demandas, redes e relações de gênero no Sertão pernambucano. **Dissertação (mestrado)** - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2019

LIRA, Karinne. Envelhecimento da população LGBT: desafios no Sertão de Pernambuco. **Revista BAGOAS**, n. 18; 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/download/13579/10647/>. Acesso em: 28 de jun. de 2021.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva. Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização. **Tese (Doutorado)** - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.

MACHIN, Rosana et al . Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4503-4512, Nov. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2021.

MACIEL, Silvana Carneiro et al . Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 3, p. 436-447, set. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jul. 2022.

MALUF, Sônia Weider. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais *in* MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen (orgs.). 2010. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas. 468 p.

MARTINS, José de Souza. “O futuro da sociologia rural e sua contribuição para a qualidade de vida rural”. In: CONGRESSO MUNDIAL DA ASSOCIAÇÃO

INTERNACIONAL DE SOCIOLOGIA RURAL, 10., ago. 2000, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2000.

MEDRADO, Benedito. O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira. **Dissertação** (Mestrado em psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo, 1997.

MEDRADO, Benedito; CORRÊA, Tiago; LYRA, Jorge. Homens e masculinidades no contexto da violência de gênero: para além dos serviços para agressores. In: Ana Maria Veiga; Teresa Kleba Lisboa; Cristina Scheibe Wolff (org). **Gênero e violências: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: Edições do Bosque/CFH/UFSC, 2016, pp. 162-180.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, Dec. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Set. 2020.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: Charles Elias Lang; Jefferson de Souza Bernardes; Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro; Susane Vasconcelos Zanotti. (Org.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. 1ed. Maceió: EDUFAL, 2015, v. 1, p. 85-118

MELO, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de. Memórias sobre a política de saúde mental em Recife : entre passos, descompasso e controvérsias. **Tese (doutorado)** - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2017

MENEGON, Vera Mincoff. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004

MINAYO, Maria Cecília de Souza. "Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias." **Revista Pesquisa Qualitativa** 5, no. 7 (2017).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social in MINAYO, M. C. S. (org); DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Série Manuais Acadêmicos).

NOGUEIRA, Conceição. **Um Novo olhar sobre as relações sociais de gênero: perspectiva feminista crítica na psicologia social**. Braga, 1997. **Tese** (dout.) Universidade do Minho.

NOGUEIRA, Conceição. Contribuições do Construcionismo Social a uma nova Psicologia do gênero. **Cadernos de Pesquisa**. n. 112, mar, 2001.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. – Recife: Secretaria de Saúde, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **MAPA DA SAÚDE XI Região de Saúde de Pernambuco**- Serra Talhada: Secretaria de Saúde, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. – Recife: Secretaria de Saúde, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **MAPA DA SAÚDE XI Região de Saúde de Pernambuco**- Serra Talhada: Secretaria de Saúde, 2021.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes. A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem. **Dissertação** (mestrado em psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2012.

ROEDER, Maika Arno. Serviço Residencial Terapêutico *in* MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen (orgs.). 2010. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas. 468 p.

RUIZ, Juliana Machado; TILIO, Rafael De. Análise do discurso sobre gênero e cuidados em saúde de homens internados num hospital. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 20, n. 47, p. 132-148, abr. 2020 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 maio 2021.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1177- 1182, Aug. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Set. 2020.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Entre o Trabalhador e o Vagabundo: Produção de Masculinidades na História da Saúde no Brasil. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 4, p. 2299-2316, Oct. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-18832018000402299&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000402299&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Maio 2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 5, p. 961-970, Mai 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2021.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SILVA, Rafael Pereira; MELO, Eduardo Alves. Masculinidades e sofrimento mental: do

cuidado singular ao enfrentamento do machismo?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 10 [Acessado 15 Agosto 2022], pp. 4613-4622. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10612021>>.

SOARES, Cristiano Emerson de Carvalho. Pereiras e Carvalhos: uma história da espacialização das relações de poder (Serra Talhada - PE). **Dissertação** (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

SOUZA, Márcio Ferreira de. As análises de gênero e a formação do campo de estudos sobre a(s) masculinidade(s). **Dossiê: Contribuições do pensamento feminista para as Ciências Sociais**. Mediações, Londrina, v. 14, n.2, p. 123-144, Jul/Dez. 2009

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Cap. III, As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano. p. 38-59. ISBN: 978-85-7982-046-5. Available from SciELO Books.

SPINK, Mary Jane; FREZZA; Rose. Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teóricometodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, VERA Mincoff. A Pesquisa como Prática Discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 ago. 2022.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25- 59, jan.-abr. 2002.

THÜRLER, Djalma; MEDRADO, Benedito. Masculinidades contemporâneas em disputa. **Periódicus**, Salvador, n. 13, v.1, mai.-ago. 2020 – **Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades**. Publicação periódica vinculada ao Núcleo de Pesquisa NuCuS, da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; SOUZA, Marina Gomes Coelho de; MULLER, Rita de

C. Flores. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2021.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso do Sul de Portugal. In **Anuário Antropológico 95**, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.1996.

VASCONCELOS, Cláudia Pereira; VASCONCELOS, Vânia Nara Pereira. A casamenteira e o artista: por outras representações de gênero no sertão. **Revista Feminista**. Vol.6, N.3, Set. – Dez. 2018. Disponível em: [A CASAMENTEIRA E O ARTISTA: POR OUTRAS REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO NO SERTÃO | Vasconcelos | Revista Feminismos \(ufba.br\)](#). Acesso em: 28 de jun. de 2021.

VILLELA, Wilza. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-32, Mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100008>.

WINDMÖLLER, Naiara; ZANELLO, Valeska. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros / Depression and masculinities: a systematic literature review of brazilian journals / Depresión y masculinidades: una revisión sistemática de la literatura en periódicos brasileños. **Psicol. Estud. (Online)**: 21(3): 437-449, jul.-set. 2016.

## APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Curso de Mestrado**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Produções de sentido sobre masculinidades entre profissionais de saúde mental, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Jamille Kássia da Silva Cardoso, residente na Avenida Manoel Alves de Carvalho Barros, nº 1449, AABB- Serra Talhada-PE, Cep: 56910100; Contatos: Telefone: 87 9 9921-0228; e-mail: [jamille.cardoso@ufpe.br](mailto:jamille.cardoso@ufpe.br). Esta pesquisa está sob orientação do Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas, professor associado ao Departamento de Psicologia da UFPE e ao Programa de pós-graduação em Psicologia.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Descrição da pesquisa e esclarecimento:** O gênero é pouco considerado na execução das políticas públicas, e existem poucos trabalhos que abordem o gênero e saúde mental, por isso essa pesquisa é importante. Ela tem por objetivo analisar, a partir de uma perspectiva psicossocial, como profissionais de saúde mental produzem sentidos sobre homens e masculinidades, no contexto da promoção de cuidados. A produção de informações se dará por meio de uma entrevista em formato de conversa, de forma individual que será gravada, você estando de acordo. Ela irá acontecer no cotidiano do seu serviço em local reservado e silencioso. A entrevista pode se dá em um único encontro ou mais de um, sendo no máximo três. Os dias e horários em que vão ser realizadas são os que você achar mais conveniente, somente solicitamos que sejam dentro do prazo, que está prevista para começar em 10 de agosto de 2022 sendo finalizada em 10 de setembro de 2022. A duração média das entrevistas é de uma hora,

pode ser mais ou menos de acordo com a sua disponibilidade.

**Riscos:** essa pesquisa oferece risco de que haja algum constrangimento mediante o gravador ou risco de você sentir-se tocado emocionalmente durante a entrevistas. Caso isso aconteça, você pode solicitar parar a entrevista sem que isso lhe traga qualquer dano.

**Benefícios:** a pesquisa pretende ajudar a pensar em políticas públicas voltadas a população masculina no estado de Pernambuco, o que vai lhe possibilitar mais conhecimento quanto a assistência ao cuidado em saúde mental.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravação das entrevistas e transcrições ficarão armazenados no computador pessoal da pesquisadora principal, ficando sob a responsabilidade da mesma no endereço informado acima pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Produções de sentido sobre masculinidades entre profissionais de saúde mental, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE B- CARTA DE ANUÊNCIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Curso de Mestrado**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que a pesquisadora Jamille Kássia da Silva Cardoso, desenvolva o seu projeto de pesquisa Produção de Sentidos sobre homens e masculinidades entre profissionais em saúde mental, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Drº Benedito Medrado Dantas, cujo objetivo é analisar, a partir de uma perspectiva psicossocial, a produção de sentidos sobre homens, masculinidades e saúde por profissionais de saúde mental, no contexto da promoção de cuidados no sertão pernambucano. Tal pesquisa será desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas- CAPS-AD III e no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III e contará com a participação dos profissionais destes serviços.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Serra Talhada, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável onde a pesquisa será realizada

## APÊNDICE C- QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS/CONVERSAS



### QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS/CONVERSAS

- 1- Qual a sua formação? Há quanto tempo é formado/a?
- 2- Você trabalha há quanto tempo na área da saúde, em geral?
- 3- Quando e como começou a atuar no campo da saúde mental?
- 4- Está há quanto tempo neste serviço atual? O que você faz aqui?
- 5- Você teve alguma formação ou capacitação voltada ao tema de gênero e sexualidade?  
Se sim, como foi?
- 6- Em geral, no serviço de atenção em saúde mental que você está, chegam mais homens ou mulheres?
- 7- No caso das mulheres, elas vêm direcionadas de algum serviço? Ou vem de demanda espontânea?
- 8- No caso dos homens, eles vêm direcionados de algum serviço? Ou vem de demanda espontânea?
- 9- Quais as principais queixas e demandas dessas mulheres?
- 10- Quais as principais queixas e demandas desses homens?
- 11- Quais os encaminhamentos que são dados aqui no serviço?
- 12- Há alguma diferença se for um homem ou uma mulher sendo atendida? Quais as particularidades?
- 13- Você lembra de alguma situação de atendimento a um homem que você considera que teria a ver com o debate sobre machismo ou sobre gênero? Como foi?