"HOMEM NÃO CHORA": O IMPACTO DO HETEROSSEXISMO NA SAÚDE MENTAL DO HOMEM

VINCIUS DE SOUZA CAMPOS; ANA PAULA RODRIGUES

RESUMO

Introdução: Preconceitos podem ser expressos tanto por meio de ações discriminatórias quanto de discursos depreciativos e ideológicos, podendo afetar até mesmo a saúde biopsicossocial do indivíduo. **Objetivo:** Este artigo objetiva discutir, com base em análise de referências bibliográficas, o impacto do heterossexismo na saúde mental do homem e a permanência do discurso da masculinidade na sociedade impactando diretamente na saúde da população masculina como a depressão, a dependência química e a violência. **Métodos:** trata-se de um estudo de referências bibliográficas de cunho exploratório, por meio de uma dialética marxista com práticas discursivas, políticas e terapêuticas, de um conjunto de reflexões trazerem a discussão do "heterocentrismo". **Justificativa:** o heterocentrismo é imbuído de uma carga simbólica negativa com relação à população imagem do feminino, e vem impactando diretamente na saúde integral do homem, que conflita com mudanças nas relações interpessoais e grupais, ocasionadas pela insurgência dos novos movimentos sociais e da inclusão cada vez mais presente no cotidiano dos grupos sociais e organizações. **Resultados:** o estudo esboça a necessidade de um olhar atento a saúde mental do homem num cenário onde o gênero também é questão de saúde pública e o "heterocentrismo" aparece como determinante social de adoecimento.

Palavras-chave: Homem. Saúde Mental. Heterossexismo. Saúde Integral. Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior danos a saúde mental dessa população. Para pensar a saúde mental do homem é preciso relacionar determinantes sociais que impactam diretamente na relação de prevenção, cuidado e tratamento em saúde desse indivíduo. Preconceitos podem ser expressos tanto por meio de ações discriminatórias quanto de discursos depreciativos e ideológicos, podendo afetar até mesmo a saúde biopsicossocial do sujeito.

Esboça-se aqui a necessidade de um olhar atento para a saúde mental do homem num cenário onde o gênero também é questão de saúde pública. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos

DOI: 10.51161/conbrasp2023/27388

agravos evitáveis e potencializar a atenção especializada em saúde mental. Este artigo objetiva discutir, com base em análise de referências bibliográficas, o impacto do heterossexismo na saúde mental do homem e a permanência do discurso da masculinidade na sociedade interferindo diretamente na saúde da população masculina como a depressão, a dependência química e a violência. Desse modo por meio de práticas discursivas, políticas e mesmo terapêuticas, de um conjunto de reflexões trazer a discussão do "heterocentrismo", o qual é imbuído de uma carga simbólica negativa com relação à população imagem do feminino, vem impectando diretamente na saúde integral do homem, que conflita com mudanças nas relações interpessoais e grupais, ocasionadas pela insurgência dos novos movimentos sociais e da inclusão cada vez mais presente no cotidiano dos grupos sociais e organizações.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos e dialogar com as hipóteses experimentais formuladas, realizou-se um estudo de referências bibliográficas em duas fases distintas. A primeira fase consistiu na seleção de referenciais teóricos das ciências sociais e da saúde com ênfase na saúde mental e de bases de políticas públicas e sociais. Na segunda fase procedeu-se ao estudo com base na dialética marxista de autores que dialogam sobre o conceito de gênero, sexualidade, subjetividade e produção do capital. Por fim os resultados foram analisados conforme esses autores convergem e divergem entre si e a finalidade em comum. Deste modo, são resultados são apresentados no decorrer do texto dividido em subseção que discorre de forma crítica a temática.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O processo de adoecimento do Homem e os determinantes sociais

A influência da configuração socioeconômica do país sobre a saúde de sua população é um consenso da comunidade científica e uma importante base para a gestão do Sistema Único de Saúde brasileiro (BRASIL, 1990). Os determinantes sociais (DSS) implicam na saúde da população no interior de um complexo sistema de mediações, interagindo com os fatores hereditários, etários e sexo, influenciando o estilo de vida dos indivíduos, suas relações com o meio ao redor na comunidade e na família, bem como nas suas condições de vida (BUSS; FILHO, 2007). Desta forma, os DSS permeiam o processo saúde-doença dos indivíduos e grupos incidindo sobre suas decisões e recursos disponíveis na produção de sua saúde.

A forma como os corpos são historicamente interpretados pelas sociedades produz diferenças que ultrapassam os aspectos biológicos e que implicam em disparidades de poder e diferentes comportamentos e acessos aos serviços de saúde. Esse aspecto da vida social tem sido alvo de diversas discussões que problematizam a naturalização de todos os dados que ultrapassam uma determinada estrutura corporal e reverberam para uma gama diversa de significados e comportamentos historicamente inscritos sobre o que é ser homem e mulher.

O conceito de gênero se tornou um lugar comum para explicar esse processo como contribuição inicial dos movimentos de mulheres e que foi enriquecido por outros diversos debates interseccionais. Por muito tempo a atenção sobre as formas específicas de adoecimento das populações relativas ao gênero foi dirigida às mulheres. Isso tem relação direta com a violência e outros efeitos da posição de inferioridade que as mulheres ocupam nas relações de gênero e a histórica e pioneira lutas desse segmento de maneira mais

DOI: 10.51161/conbrasp2023/27388

expressiva por igualdade nos variados espaços relacionais.

Por sua vez, um movimento de estudos que se volta à construção social das masculinidades é mais recente e ainda vem angariando interesse das ciências sociais e da saúde pública bem como das diversas profissões que utilizam desses conhecimentos em sua prática. Neste sentido, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) se constitui em um necessário compromisso com a melhora da qualidade da saúde dos homens por meio de estudos e intervenções direcionadas. Ainda que os homens tenham maiores vantagens perante as demais expressões do gênero nesse sistema de relações, o exercício das masculinidades aliadas aos diversos contextos de raça-etnia, classe social, orientação social, entre outros sistemas de relações estruturantes, produz encargos (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Estes encargos têm sido apontados como resultantes da supervalorização de uma construção de masculinidade que se objetiva dominante/hegemônica em detrimento das diversas formas em que a masculinidades são exercidas nos variados contextos. No âmbito da saúde as formas de morbimortalidade da população masculina são expressivas nesse sentido.

Os homens são a maioria entre os atingidos por causas externas de adoecimento, a maioria entre as vítimas e autores de violência letal e não letal, acidentes de trânsito e trabalho, bem como a maioria entre a população diagnosticada com dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em relação aos indicadores de assistência, este público representa a maioria dos pacientes de UTI, o que inclui também maior tempo de internação e superior taxa de óbito quando comparados às mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Esses comportamentos de risco e o afastamento dos serviços de saúde gera um fenômeno comumente denominado retardo na atenção que se refere a intensa procura dos serviços de atenção mais complexa pelos homens em decorrência da não adesão às condutas de prevenção e tratamento. A melhora desses indicadores supera os interesses dos homens na prevenção de adoecimento e agravos em saúde evitáveis, uma vez que a quebra das crenças sociais ligadas às masculinidades pré-supõe que esta população se familiarize com as práticas ligadas ao cuidado, seja dirigido para si e para os outros. Se beneficiam desta forma mais igualitária da gestão do cuidado, a sociedade como um todo, seja na redução dos gastos em saúde ou na efetividade da intervenção profissional.

O cuidado masculino integral que considera dimensões como a saúde reprodutiva, exercício da paternidade e a prevenção da violência são pautas que trazem benefícios compartilhados que impulsionam o enfrentamento das disparidades de gênero como indicadores relacionais. Como área de estudo embrionária para as/os assistentes sociais, aprofundar o entendimento sobre as implicações das relações de gênero sobre a prática profissional corrobora com o projeto profissional que endossa a “construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” pautando-se pela “emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” e “universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” (BRASIL, 1993) Esforços que se pretendem efetivos na melhora da saúde do público masculino exigem ênfase na integralidade das ações e, consequentemente, no enfrentamento de reducionismos habituais.e classe, raça, orientação sexual, territoriais.

3.2 Atenção integral a saúde do homem

Em primeiro, tem-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) deve compreender ações multidisciplinares intersetoriais e nos diversos níveis de assistência à saúde, uma vez que o enfrentamento do quadro de desafios estatístico anteriormente delimitado é um desafio que ultrapassa as fronteiras biológicas e que tem grande influência das condições gerais de vida e da ênfase psicossocial dos comportamentos

associados à saúde. Ainda que a essa política afirme o essencial enfoque sobre a atenção básica como forma de combate ao retardo da atenção responsável por vários dos indicadores supracitados, é uma responsabilidade da rede de serviços como um todo "reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Por sua vez, a atenção integral também deve partir do entendimento das diversidades raciais, socioeconômicas, locais, etárias e regionais dos homens atendidos com vistas à compatibilidade da assistência com os diferentes subgrupos. Nesse sentido, Medrado, Lyra e Azevedo (2011) corroboram com a compreensão do plural manifestação das masculinidades ao longo do tempo e em interação com os outros sistemas de poder e acrescentam que para responder à realidade da saúde do homem no Brasil é preciso "ir onde os homens estão". Por fim, tem-se que a integralidade compreende a articulação dos diversos níveis da prática em saúde desde o planejamento e a gestão até a reestruturação da prática profissional cotidiana (SCHRAIBER; FIGUEIREDO, 2011) Essas noções da integralidade da assistência em saúde do homem exigem um variado conjunto de estratégias, dentre as quais a educação em saúde como diretriz da PNAISH.

Conforme Cecílio e Matsumoto (2006) a educação em saúde e a educação sanitária mantém ligação direta com a autonomia como necessidade em saúde, uma vez que a autonomia pressupõe a compreensão do ser sobre si e as relações com o meio social que estabelece, bem como a disposição de recursos para informação e relativa autonomia de decisão. Por muito tempo no Brasil o principal modelo de educação em saúde e foi caracterizado pela ênfase da responsabilidade individual dos sujeitos sobre sua condição de saúde e por informações verticalmente transmitidas pelo profissional com ênfase nas condutas biológicas identificadas como necessárias (SANTOS; SENNA, 2017). Entretanto, a criação do Sistema Único de saúde é parte da percepção de diversos setores da sociedade brasileira de que a saúde é uma questão de interesse público. Essa constatação exige uma nova forma educação em saúde que para os fins deste estudo só é entendida como efetiva quando embasada em uma compreensão integral da saúde e construída em conjunto com a população como forma de incentivo ao exercício da cidadania.

3.3 "Homem Não Chora": o impacto do heterossexismo na saúde do homem

A discussão de heterossexismo conduz a várias ramificações da sociedade brasileira, o machismo está presente na cultura brasileira, na literatura, materializada no seio familiar e cantada nas músicas *"Estou indo embora agora. Por favor, não implora. Porque homem não chora"*, diz a letra da música Porque Homem Não Chora do cantor de arrocha Pablo. Mas, será por que essa canção, que ficou muito popular no país? A popularidade dessa música representa a realidade indenitária do nosso País, é condizente com a realidade; e também uma reprodução da forma antiga de machismo, que remonta à época da sociedade patriarcal e que é atualizada na sociedade contemporânea. A ideia do choro, da sensibilidade ou da expressão de qualquer forma de emoção na lógica do machismo é "reduzir a uma figura feminina", nessa mesma concepção machista, ser feminino é sinal de fragilidade, subalternidade, subordinação e inferioridade, consequentemente é ofensivo "se reduzir a figura feminina". Assim é possível identificar que a homofobia também está diretamente relacionada ao machismo.

A partir do século XIX, não apenas no Brasil, mas em grande parte do ocidente e oriente, a homofobia — expressão psicossocial de medo, aversão ou ódio a homossexuais, que também pode abarcar práticas discriminatórias de colusão, que não são conscientes foi integrada ao discurso científico e defendida como forma de lidar com a homossexualidade.

DOI: 10.51161/conbrasp2023/27388

O movimento homossexual britânico, nos anos 80, aplicou o epíteto "heterossexismo" ao uso, em ilustrações publicitárias, de cenas nas quais homens fazem par com mulheres e vice-versa. Diretrizes para a erradicação do heterossexismo, submetidas ao Greater London Council em 1985, requeriam que as propagandas também mostrassem homens fazendo par com homens e mulheres fazendo par com mulheres em diferentes cenas de socialização (Goldenson & Anderson, 1989).

Herek (2004) estabelece que o heterossexismo é um processo de invisibilização das pessoas homossexuais no cotidiano, que, no momento em que estas se tornam visíveis, transforma-se em violência contra elas (atos homofóbicos). O heterossexismo se restringe a práticas discriminatórias específicas das redes sociais, como demonstra Fernald (1995), que decorrem de um aprendizado social acerca dos comportamentos desejáveis ante uma pessoa desviante da norma.

O conceito de heterocentrismo, relacionado a um sistema afetivo e ideológico que impõe a heterossexualidade como superior, é diferente do de "heterossexismo", porque este se refere apenas à estigmatização das pessoas LGBT, no sentido da inferiorização (Herek, 2004; Herek, Kimmel, Amaro & Melton, 1991), e não ao ambiente simbólico em que esse fenômeno ocorre, que é o que se aborda na análise da perspectiva heterocêntrica. O que se defende, quando se refere ao heterocentrismo, é uma etimologia adequada ao objeto: a visão de mundo centrada na heterossexualidade que se torna um paradigma. Em tal aspecto, o heterocentrismo está na base do processo de aprendizagem cultural que resulta no heterossexismo.

Assim é possível identificar o impacto do heterossexismo diretamente na saúde do homem, uma ideologia que cria sujeitos ensinados a engolir o choro, a negar qualquer forma de sentimento e emoção e reprimir a expressão desses sentimentos, senão a própria raiva, que no heterossexismo a raiva é sinal de virilidade, bravura e força. A negação e repressão dos sentimentos, das emoções e até mesmo do choro é um caminho condizente a depressão que atualmente atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo inteiro. Segundo a OMS, até 2020, a depressão alcançou a segunda maior causa de mortes mundiais. E os homens não são a maioria nessa estatística, por isso é necessário ter consciência de que o heterossexismo é para além de uma questão de preconceito e exclusão social, é uma questão de saúde pública, é uma questão de saúde mental.

A depressão masculina é um problema sério, principalmente porque muitos casos não recebem tratamento adequado. O homem, a figura masculina não possui cultura de prevenção e tratamento em saúde, principalmente em se tratando de saúde mental. Isto acontece, em grande parte, porque os homens são conhecidos por mascararem a depressão.
Na figura masculina identificar os sinais clássicos de depressão, é um grande desafio. Na cultura do heterossexismo os homens são induzidos a demonstrarem sua tristeza na raiva, irritados, ou tomando atitudes imprudentes. A depressão masculina é um agravante em saúde que afeta milhões de homens pelo mundo e inclui uma série de sintomas emocionais, como tristeza extrema, perda de motivação e do prazer em atividades costumeiras, além de efeitos físicos, como mudanças no apetite, dores de cabeça e problemas digestivos.

A violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis. Nesta realidade o homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005). Determinados processos de socialização na sociedade heterossexista têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está socialmente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao

DOI: 10.51161/conbrasp2023/27388

acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a prática. O homem que não chora, o homem com "H" maiúsculo que não desabafa, que não se permite uma escuta, seja ela de um amigo, de alguém que lhe ofereça conforto ou uma escuta qualificada de um profissional, esse homem muitas vezes afaga na bebida alcoólica, nos entorpecentes, nas substâncias psicoativas e no tabaco.

4. CONCLUSÃO

A pesquisa em questão foi de grande relevância para uma discussão holística do impacto do heterossexismo na saúde mental do homem. Foi possível identificar na literatura pesquisada e nas relações empíricas enquanto profissional assistente social que o homem vem sendo afetado drasticamente na sua saúde mental. E a medida que esse número cresce, aumentam também as preocupações, entre elas, a marginalização desse público na sociedade excludente, rastros deixados pelo heterossexismo vem deixando homens em cenário de vulnerabilidade da saúde mental. A partir das críticas levantadas com esse estudo enquanto profissionais de saúde nos vemos assumindo o compromisso de intervir nas dificuldades desses indivíduos e da sua comunidade através de ações e propostas de educação social e inclusão social no exercício pleno de cidadania, onde nós assistentes sociais especialistas em saúde mental possamos desempenhar um papel importante junto ao público masculino tendo um papel fundamental na gestão do cuidado para atenção integral a saúde do homem, atuando na redução dos danos causados pelo heterossexismo na saúde do homem,

Muito além das questões de educação social como saúde, socialização da informação e garantia de direitos, somos convidados no processo de gestão do cuidado da saúde mental do homem, a unir agentes como: família, sociedade civil e Estado a enxergar além da realidade posta, estabelecendo um diálogo e tecendo redes em saúde para os cuidados na atenção básica e

especializada para saúde mental do homem. Observamos no estudo que no processo de discussão de determinantes sociais de saúde do homem, a discriminação aparece em todo e qualquer lugar, o sistema capitalista estigmatiza valor de uso aos sujeitos, exigindo assim de os profissionais de saúde mental ir contramão ao conservadorismo, ao tecnicismo e contra as práticas positivistas, funcionalista e preconceituosas, desvendando quais são as necessidades da população masculina.

Percebemos a escassez de políticas públicas e programas de saúde destinadas a população masculina, e as poucas existentes operam com uma visão limitada, principalmente em se tratando da questão de gênero e machismo e reduzindo o conceito de saúde mental masculina às questões fisiológicas e biológicas do sujeito. Contudo, não esgotamos com essa pesquisa o tema proposto para estudo, mas abrimos vias importantes de reflexão que apontam para uma necessidade de atenção emergente por parte do Estado a saúde mental do homem, aos determinantes sociais e aos cuidadores familiares diante das feridas deixas pelo heterossexismo.

REFERÊNCIAS

BARROS, Camylla Tenório et al. "Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho": relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saúde e Sociedade. São Paulo**, v.27, n.2, p.423-434, 2018.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17/12/2021.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini**. A saúde e seus determinantes sociais de saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CECILIO, L.C.O; MATSUMOTO, N. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs**.). Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS; IMS/UERJ; CEPESQ, 2006.

CONNEL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. **Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Estudos Feministas.** Florianópolis, v.21, n.1, p. 424, janeiro-abril/2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014. Acesso em 17/12/2021.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo, 2008, Editora Atlas S.A. GONÇALVES, Rita de Cássia; LISBOA, Teresa Kleba. **Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida**. Katálysis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 83-92 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300009. Acesso em: 29/11/2021.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTILIEB, Sabrina Léa Davidson.
Perfil de morbi-mortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva. 10(1):35-46, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010. Acesso em 04/10/21.

LYRA, Jorge et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R. e VITALE, Ma A. Faller. **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez e IEE/ PUC - SP, 2008.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde no Brasil**, 2002 a

2011. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 24, n.1, p.19-29, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100003. Acesso em: 04/10/21.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. **"Eu não sou só próstata, Eu sou um homem!**": Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. Saúde do homem em debate [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. Disponível em: https://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-03.pdf.
Acesso em 17/12/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil.** Brasília,

2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf.
Acesso em: 17/12/2021.

OLIVEIRA, Pedro Paulo Martins de. **Discursos sobre a masculinidade.** Estudos Feministas. Florianópolis, v. 6, n.1, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/%25x. Acesso em: 17/12/2021.

PAULILO, M. A. S. **A Pesquisa Qualitativa e a História da Vida. Serviço social em revista.**
Londrina, v. 1, n.1, 135 - 148, 1999.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. **Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?** Physis. Rio de Janeiro, v.24, n.3, 931- 949, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014. Acesso em 17/12/2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero.** In: GOMES, R., org. Saúde do homem em debate [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37586/3/gomes-9788575413647.pdf. Acesso em 17/12/2021.

SILVA, Aline Pacheco et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico.** Minas Gerais, v.1, n.1, p. 25-35, 2007.

SILVEIRA, Rayanna Beatriz Barbosa da; SILVA, Eliana Andrade e. **O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe.** Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 97 - 114, jan./jul. 2018.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. **Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família.** Psicologia: Ciência e Profissão. Distrito Federal, v. 35, n.3, 2015, p.932-945.

WELZER-LANG, Daniel. **A construção do masculino: A construção do masculino: A construção do masculino: dominação das mulheres e dominação das mulheres e homofobia**. Estudos Feministas. Florianópolis, v. 9, n.2, 2001, p.460-482.