

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Rafael Pereira Silva

Singularidades dos sofrimentos masculinos: uma exploração a partir de encontros de um Médico de Família e Comunidade em uma favela do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Rafael Pereira Silva

Singularidades dos sofrimentos masculinos: uma exploração a partir de encontros de um Médico de Família e Comunidade em uma favela do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Alves Melo.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Singularities of male suffering: an exploration from the encounters of a Family and Community Physician in a favela in Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586s Silva, Rafael Pereira.
Singularidades dos sofrimentos masculinos: uma exploração a partir de encontros de um Médico de Família e Comunidade em uma favela do Rio de Janeiro / Rafael Pereira Silva. -- 2022.
98 f.

Orientador: Eduardo Alves Melo.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Homens. 2. Masculinidade. 3. Angústia Psicológica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde do Homem. 6. Transtornos Mentais.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2098153

Rafael Pereira Silva

Singularidades dos sofrimentos masculinos: uma exploração a partir de encontros de um Médico de Família e Comunidade em uma favela do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 01 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leon de Souza Lobo Garcia
Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina

Prof. Dra. Lilian Miranda
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

À Isabella, que busca compreender o que digo mesmo quando não sei sobre o que falo e me amar por quem sou mesmo quando me perco de mim.

Ao Theo, por me distrair quando eu acho que não posso ou não preciso.

Ao Plácido e à Cecília, por iluminarem os caminhos da medicina e pelo afeto de uma vida.

Ao Caíque e à Zilda, pelo acolhimento e carinho tão importantes no atravessar dos desafios.

À Gabriella, atenta às tendências do mundo e sensível ao que importa, por alertar-me sobre a importância do tema.

À Melanie, por me mostrar como e por que ser médico de família e comunidade.

Ao Eduardo, pela sabedoria partilhada, o estímulo à originalidade e por sua paciência infindável.

A todas as pessoas com quem me encontrei no contexto do cuidado e que estão presentes neste trabalho.

RESUMO

Este trabalho, ao encontro de um movimento de expansão da abordagem da temática da saúde do homem para além de questões biológicas – ou mais precisamente, urológicas – pretendeu explorar as singularidades dos sofrimentos masculinos. O conceito de sofrimento aqui adotado advém da obra de Cassel e é entendido como uma ameaça ou dano à pessoa que, por sua vez, é compreendida como um conjunto de incontáveis elementos. Essa perspectiva permitiu ampliar a abordagem dos sofrimentos para além daqueles categorizados como transtornos mentais. No que diz respeito ao conceito de gênero, utilizou-se uma perspectiva relacional que o compreende como construído em relação a referenciais hegemônicos e, também, a partir das relações entre homens e mulheres e homens e outros homens. Para além disso, com base na obra de Judith Butler, adotou-se um entendimento do gênero como “verbo”, algo que se performa, e não como um fenômeno cristalizado em um binarismo irreal. Com o objetivo de explorar as singularidades dos sofrimentos masculinos, utilizou-se uma abordagem metodológica inspirada na cartografia para produção e análise de dados. Assim, o “campo” foi constituído de “cenas” (re)criadas a partir da memória de encontros com homens em sofrimento no contexto de atendimentos em uma UBS localizada em uma grande favela da cidade do Rio de Janeiro. Em seguida, realizou-se a análise do material, diálogos e identificação de enraizamentos com questões teóricas referentes à temática abordada. Como principais pontos explorados, destacam-se: a resistência/dificuldade no reconhecimento do sofrimento por parte de homens e também de profissionais de saúde. A relutância na busca por ajuda por parte de homens que, como visto em um dos encontros, pode acabar por ser intermediada pela mulher. As relações entre questões de ereção do pênis e sofrimentos masculinos. As intersecções entre raça/cor, nível socioeconômico, orientação sexual e produção de sofrimentos. As relações entre o diagnóstico de HIV e sofrimentos masculinos, bem como suas implicações para o cuidado. As intersecções entre sofrimentos “gêndrados” e, por fim, os possíveis impactos de problemas relacionados à saúde do homem na experiência/sofrimentos de mulheres. Considerando-se a abordagem metodológica aqui utilizada, não foram alcançadas respostas e conclusões categóricas ou absolutas. Ao invés disso, foi possível explorar aspectos relevantes do tema, identificar pontos “sensíveis” na esfera do cuidado, além de apontar para possíveis caminhos para o cuidado de sofrimentos masculinos.

Palavras-chave: Homens; Masculinidade; Sofrimento Emocional; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

This work, in line with a movement to expand the approach to men's health beyond biological - or more precisely, urological issues - intended to explore the singularities of male suffering. The concept of suffering adopted here comes from Cassel's work and is understood as a threat or harm to the person who, in turn, is understood as a set of countless elements. This perspective made it possible to broaden the approach to suffering beyond those categorized as mental disorders. With regard to the concept of gender, a relational perspective was used that understands it as constructed in relation to hegemonic references and, also, from the relations between men and women and men and other men. Furthermore, based on the work of Judith Butler, an understanding of the genre was adopted as a “verb”, something that is performed, and not as a phenomenon crystallized in an unreal binarism. In order to explore the singularities of male suffering, a methodological approach inspired by cartography was used for the production and analysis of data. Thus, the “field” consisted of “scenes” (re)created from the memory of encounters with men in suffering in the context of care in a UBS located in a large favela in the city of Rio de Janeiro. Then, an analysis of the material, dialogues and identification of roots with theoretical questions related to the addressed theme were carried out. As main points explored, the following stand out: resistance/difficulty in recognizing suffering on the part of men and also health professionals. The reluctance to seek help on the part of men who, as seen in one of the encounters, may end up being mediated by the woman. The relations between penile erection issues and male suffering. The intersection between race/color, socioeconomic level, sexual orientation and the production of suffering. The relations between HIV diagnosis and male suffering as well as its implications for care. The intersections between “gendered” suffering and, finally, the possible impacts of problems related to men's health on women's experience/suffering. Considering the methodological approach used here, no categorical or absolute answers and conclusions were reached. Instead, it was possible to explore relevant aspects of the theme, identify “sensitive” points in the sphere of care, in addition to pointing to possible paths for the care of male suffering.

Keywords: Men; Masculinity; Psychological Distress, Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 Artigos, autores, ano e local de publicação em relação à categoria temática
- Figura 1 Pesquisa bibliográfica realizada com os descritores men; masculinity; psychological distress; mental health e stress, psychological na BVS Brasil, com seleção por título, idioma (português, inglês e espanhol) e ano de publicação (2010 a 2020)
- Quadro 2 Categoria temática em relação ao local de publicação

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
MFC	Médico de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DOS SOFRIMENTOS MENTAIS MASCULINOS	21
4.1	CARACTERÍSTICAS/PARTICULARIDADES DO SOFRIMENTO MENTAL DE HOMENS.....	22
4.2	ACESSO/MODO DE PROCURA POR AJUDA DE HOMENS EM SOFRIMENTO.....	24
4.3	ABORDAGEM/CUIDADO DE HOMENS EM SOFRIMENTO MENTAL ..	26
5	REFERENCIAL TEÓRICO	28
5.1	SAÚDE DO HOMEM.....	28
5.2	O CONCEITO DE GÊNERO.....	31
5.3	MASCULINIDADES.....	33
5.4	SOFRIMENTO.....	37
6	METODOLOGIA	40
7	RESULTADO E DISCUSSÃO	46
7.1	(DES)ENCONTROS COM UM HOMEM EM SOFRIMENTO.....	46
7.2	UM ENCONTRO COM UM SOFRIMENTO MASCULINO QUE COMEÇA A GANHAR O PLURAL.....	51
7.3	O ENCONTRO COM O(S) ARMANDO(S).....	55
7.4	UM ENCONTRO DE PERTO A PARTIR DA DISTÂNCIA.....	62
7.5	UM ENCONTRO COM O SOFRIMENTO MASCULINO “LEVADO” PELA MULHER.....	68
7.6	UM ENCONTRO COM O SOFRIMENTO MASCULINO NA MULHER.....	75
8	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXO A – QUADRO 1. ARTIGOS, AUTORES, ANO E LOCAL DE PUBLICAÇÃO EM RELAÇÃO À CATEGORIA TEMÁTICA	94

ANEXO B – FIGURA 1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA COM OS DESCRITORES <i>MEN; MASCULINITY; PSYCHOLOGICAL DISTRESS; MENTAL HEALTH</i> E <i>STRESS, PSYCHOLOGICAL</i> NA BVS, BRASIL, COM SELEÇÃO POR TÍTULO, IDIOMA (PORTUGUÊS, INGLÊS E ESPANHOL) E ANO DE PUBLICAÇÃO (2010 A 2020).....	97
ANEXO C – QUADRO 2. CATEGORIA TEMÁTICA EM RELAÇÃO AO LOCAL DE PUBLICAÇÃO.....	98

PRÓLOGO: UM ENCONTRO DE PARTIDA

A maioria dos homens vive vidas de silencioso desespero.

Thoreau

Era um fim de tarde de uma quinta-feira. Eu estava tranquilo e realizando aquele que parecia ser o último atendimento do dia até que dois toques firmes na porta interromperam não só a relativa tranquilidade, mas também a narrativa cuidadosa que a paciente fazia de suas angústias. A voz da técnica de enfermagem com entonação tensa anunciou: *Rafael, tem um paciente com falta de ar e dor no peito na observação. Melhor vir logo!* Pedi desculpas à paciente (velha conhecida com quem a intimidade permitiu uma interrupção sem grandes formalidades) e fui até a observação. Chegando lá me deparei com um homem branco, magro, de seus trinta e poucos anos, com o tórax despido e deitado sobre a maca já com alguns eletrodos posicionados para a realização de um eletrocardiograma. O subir e descer do magro abdômen daquele homem deixava evidente a dificuldade para respirar e despertava preocupação em mim e na minha colega técnica. Um olhar cuidadoso permitiu observar a pele suada e os cabelos com pontas úmidas e gotas a escorrer no rosto. Eu não sabia exatamente quem era aquele homem, mas seu rosto não me era estranho. Olhei atento o papel saindo do eletrocardiograma e, quando desviei rapidamente para observar novamente aquele rosto, os olhos que antes estavam fechados com força (em uma expressão que denotava agonia) abriram por um instante e se direcionaram a mim intensamente. Tudo que consegui dizer foi: *Olá senhor. Me chamo Rafael e sou o médico que vai cuidar do senhor. Agora preciso que fique parado até que a máquina termine a impressão do resultado.* Antes que aqueles olhos abandonassem os meus, voltei meu olhar para a máquina e retirei o papel impresso do eletrocardiograma. Enquanto olhava para as linhas tentando interpretar o resultado, perguntei: *O que lhe trouxe aqui hoje?* O paciente logo respondeu: *Um aperto no peito, doutor! O aperto, a falta de ar e suadeira. Nunca senti isso...* Eu, então, segui: *E começou do nada?* O homem, já com expressões mais suaves, respondeu: *Do nada... Não estava fazendo esforço ou coisa parecida. Estava só voltando do trabalho e já perto de casa.* Após terminar de analisar o eletrocardiograma, disse: *É, seu exame está normal. Vi que você está respirando um pouco melhor e já com um semblante mais tranquilo. Está melhor ou minha impressão está errada?* A resposta veio somente com um aceno de cabeça indicando que sim. Então, me sentei ao lado dele e disse: *Nossa, me desculpe! Estou aqui há alguns minutos e não perguntei seu nome. Como se chama?*

Ele disse que se chamava João e, então, seguimos uma conversa mais longa que me

permitiu saber que ele era casado, que tinha uma filha pequena de dois anos e que trabalhava como garçom. Ele negou que tivesse problemas familiares, financeiros ou no trabalho. Perguntei se ele se sentia ansioso ou triste e João disse que tudo estava bem. Também negou doenças prévias, uso de drogas ou tabaco. Assim, após realizar a ausculta do coração e dos pulmões, disse: *João, como você melhorou depois que começamos a conversar e não encontrei nada nos exames, acho que podemos encerrar por hoje. Vou deixar um horário para você retornar semana que vem para seguirmos a nossa conversa. É importante que você entenda que, caso os sintomas voltem, você deve ir à emergência ou vir para cá, ok?* João prontamente disse: *Claro, doutor! Pode deixar que eu volto sim. Eu confio bastante no senhor porque descobriu a tuberculose da minha irmã e ela ficou boazinha! Me diz só uma coisa... O que acha que eu tenho?* Minhas sobrancelhas para alto denunciaram a surpresa: *Agora sei por que seu rosto é conhecido! Você é muito parecido com a sua irmã ... Manda um abraço para ela! Ah, e em relação ao que você tem, eu confesso que não tenho certeza. Pensei em uma crise de ansiedade, mas como você disse que está tudo bem e não se sente nervoso ou estressado, fica menos provável...* Na semana que vem conversamos mais e espero conseguir te dar uma resposta melhor. João disse, pegando seus pertences da bancada: *Ah, é... ansiedade acho que não é não. Deve ser outra coisa.*

Na semana seguinte – dois dias antes da consulta agendada de João – ouço o bater forte na porta do consultório e a voz firme da técnica de enfermagem: *Rafael, é o João outra vez! Ele está passando mal lá na observação.* Por sorte não estava com pacientes no consultório e consegui sair prontamente. Chegando lá, João estava novamente com dificuldade para respirar e bastante suado. Logo perguntei: *O que aconteceu, João?* Ele disse que os sintomas surgiram de forma inesperada novamente, mas piores do que da última vez. Após realizar uma avaliação que incluiu ausculta e novo eletrocardiograma e não detectar alterações, me aproximei de João e perguntei: *O que você está sentindo agora?* Com um olhar de desespero, respondeu: *Que vou morrer doutor, que vou morrer...* Mesmo sem João se dizer ansioso, achei que poderia se tratar de um episódio de pânico e dei-lhe um benzodiazepínico (remédio comumente utilizado como ansiolítico) e fiquei próximo a ele com o intuito de acalmá-lo. Alguns minutos depois, João se disse aliviado e novamente perguntou: *O que é que eu tenho, doutor?* Pedi que ele pensasse de forma cuidadosa sobre sua vida e se de fato não havia nada que pudesse fazendo-o sofrer. Expliquei que ainda tinha como principal suspeita uma crise de ansiedade, um transtorno de pânico. João se mostrou surpreso e disse que achava difícil que essa fosse a causa. Contava que não se percebia sofrendo ou ansioso, e que sua vida, apesar de não ser fácil, estava “sob controle”. Pedi que fôssemos para o consultório para continuar a conversa e avaliarmos

possibilidades de tratamento. João disse que estava com pressa e que voltaria no dia da consulta marcada.

Na consulta agendada, foi possível compreender melhor alguns aspectos da vida pessoal e profissional de João. Ele veio ainda garoto do Nordeste para o Rio de Janeiro com a família e, desde novo, deu duro no trabalho. A família parecia unida (todos morando relativamente próximos) e João relatou uma boa relação com a esposa. Embora o trabalho como garçom não lhe rendesse dinheiro suficiente para as despesas com a casa e a filha pequena (a esposa de João não trabalhava fora de casa), contou que estava tentando equilibrar as contas. Sobrava pouco tempo para o lazer e as peladas de fim de semana que costumava jogar com colegas estavam cada vez mais raras. Ainda assim, João se dizia satisfeito com a sua vida e negava praticamente todos os sintomas relacionados à ansiedade ou à depressão. Ainda assim, pedi que ele ficasse atento a possíveis questões em sua vida que pudessem estar produzindo sofrimento e que tentasse conversar sobre isso com pessoas próximas. Pactuamos um retorno dali a uma semana.

Antes que chegasse o dia do retorno combinado, João buscou a clínica com os mesmos sintomas das outras duas ocasiões. Nesse dia, ele pareceu mais aberto à possibilidade de aqueles sintomas estarem ligados a um sofrimento e, apesar de não reconhecer a gênese desse sofrimento, concordou em iniciar um tratamento farmacológico para o que, com base em categorizações médicas dominantes, foi explicado como “transtorno do pânico”. Ofereci uma interconsulta com a psicóloga do NASF. João, porém, a recusou dizendo: *prefiro que isso fique entre nós dois, doutor*. Um retorno foi pactuado para a semana seguinte.

Diferentemente do que estava acontecendo, João não buscou atendimento apresentando os sintomas agudos e compareceu somente no dia agendado para a consulta. Disse que ainda tinha dores no peito, falta de ar e suor de início súbito; porém, com intensidade mais controlável. Nesse dia, João disse ter percebido alguns sinais de que de fato poderia estar sofrendo e não estar percebendo. Disse que teve muita ajuda da esposa nesse reconhecimento, com quem tem conversado abertamente sobre suas angústias. Ele contou que a carga de trabalho, a pressão financeira e as questões ligadas à paternidade poderiam estar de fato preocupando-o mais do que o tolerado. Assim, encorajei João a continuar as conversas com seus familiares sobre essas pressões e a buscar momentos de alívio do estresse como, por exemplo, caminhar na praia (felizmente João vive em uma comunidade localizada a alguns minutos de caminhada de uma bela praia carioca). Pactuamos um retorno para o mês seguinte caso as coisas corressesem bem ou antes, caso percebesse piora.

No mês seguinte, João retornou para consulta (mais uma vez sem nenhuma busca emergencial nesse ínterim). Logo nos momentos iniciais, João chorou e se disse muito

agradecido. Contou que percebeu que estava sofrendo e que, por acreditar que não é permitido aos homens sofrerem, estava há muito tempo escondendo de si mesmo seus sentimentos. Ele disse que, apesar de pouca coisa ter mudado na organização da sua vida, passou a ter mais liberdade para falar dos sentimentos e pressões com sua esposa e decidiu dedicar mais tempo à reflexão. João disse que estava se sentindo mais leve e que tem uma nova visão do que é, para ele, ser homem.

Durante cerca de um ano, João foi até a clínica praticamente todos os meses para renovar a receita do antidepressivo e, nessas ocasiões, eu aproveitava a oportunidade para saber como estava sua vida. Como se sentia bem e não apresentava mais ataques de pânico, iniciamos a retirada do remédio e, na consulta em que de fato encerramos o tratamento farmacológico, a fala de João me marcou: *Doutor, da onde eu venho homem não pode sofrer. O cara tem que ser macho e aguentar firme os trancos da vida. Você não imagina o tanto de homem que tem por aí que está sofrendo como eu estava e que nem sabe disso. Peço a Deus que um dia todos tenham a chance de perceber o que eu percebi e aprender que homem também sente.*

O encontro com João foi marcante. Talvez um dos que mais marcaram minha prática na medicina e, também, o verdadeiro ponto de partida desta dissertação. Digo isso porque o interesse pela temática surgiu – ou ficou evidente – após esse encontro. Foi a partir do contato com João que compreendi muito de minhas próprias vivências e sofrimentos e, também, me sensibilizei para a possibilidade de uma parcela significativa de homens viverem um sofrimento silencioso/silenciado. Acredito que o fato de sermos ambos homens, brancos e heterossexuais tenha facilitado a aproximação e, em larga medida, a compreensão de suas dores. A empatia parece encontrar terreno fértil na semelhança, o que, por um lado, pode ser positivo na medida em que favorece a mobilização diante do sofrimento mas, por outro, pode criar verdadeiros “pontos cegos” à alteridade genuína, que permite ver a outra pessoa e sua dor como sendo dele ou dela, ao invés de um reflexo de nós mesmos ou de nossos sofrimentos. Assim, embora este trabalho tenha partido de um sofrimento masculino visto a partir de uma vivência mais próxima de referenciais hegemônicos, as inúmeras “pistas” e os contatos frutíferos com autores, colegas de mestrado e com meu estimado orientador revelaram facetas desses sofrimentos que eram, em certa medida, invisíveis na “partida”. Espero que o leitor possa notar essa “ampliação” refletida ao longo do trabalho.

Vale dizer, também, que quando menciono tal “ampliação” da perspectiva para além daquilo que foi identificado na “partida”, não me refiro somente aos referenciais de gêneros mas, também, ao próprio sofrimento. O encontro com João revelou o contato com um homem vivendo um tipo de sofrimento categorizável como “transtorno mental”, o que foi um potente

“ponto de entrada” para o início de pesquisas e compreensão dos fenômenos relevantes para esta dissertação. No entanto, tais “transtornos” se revelaram, no decorrer da trajetória, uma parte do todo que, embora importante, também não restringiu a abordagem do sofrimento que o leitor irá encontrar.

Outro ponto que penso ser importante destacar já da partida é que embora o “objeto” deste trabalho sejam os sofrimentos masculinos, não abordarei o gênero como categoria analítica “isolada”, mas sim, a partir de uma perspectiva interseccional. Isso significa, dentre outras questões, que os “masculinos” terão raça/cor e classe social.

Por fim, embora o encontro com João possa evocar uma “sugestão” de desconstrução de referenciais hegemônicos masculinos – o que assumo como necessidade que pressuponho existir – não pretendo “sugerir” uma reconfiguração da norma ou um novo modelo identitário (aquilo que comumente se chama de “novo homem”). O próprio percurso teórico e os “dados” deste trabalho parecem apontar para a impossibilidade de abarcar as singularidades de homens a partir de uma redescrição identitária com base no viés de identidade sexual e de gênero. Além disso, penso que a própria noção de adequação a um referencial normativo é uma forma de alienação de si, visto que vai, na maior parte das vezes, de encontro às singularidades. Assim, embora parta do pressuposto de que o “modelo” atual é adoecedor e ligado a uma série de outros efeitos deletérios, aposto em uma pluralidade sem as amarras normativas, o que, por sua vez, pressupõe um abandono radical da noção de referencial hegemônico.

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, considerada marco inicial dos estudos sobre saúde do homem, já se sabia que, quando comparados às mulheres, homens têm piores índices de morbimortalidade (COURTENAY, 2000). Com o avanço dos estudos e construções teóricas, foi possível compreender que essas diferenças não podem ser explicadas somente por questões biológicas ou genéticas, mas que questões referentes ao comportamento parecem exercer influência significativa (MCKINLAY, 2005). Aponta-se o gênero – em especial noções dominantes de masculinidade – como um dos principais elementos que influenciam nesses comportamentos nocivos à saúde (COURTENAY, 2000).

Embora se reconheça que padrões hegemônicos de masculinidade são plurais e mutáveis, nota-se que em muitos contextos, incluindo realidades brasileiras, o gênero masculino é performado com base em noções de masculinidade nas quais o “homem” é visto como um ser viril, destemido, racional e orientado para o trabalho (GOMES, 2010). Isso não significa apenas que para ser “homem” é preciso exercer a masculinidade através de demonstrações de força, tomada de risco ou do trabalho excessivo, mas também que está “interditado” a esses homens falar sobre emoções, cuidar de si ou mesmo buscar ajuda quando necessário (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Tem-se assim uma “dupla via” nociva, na medida em que tais noções de masculinidades podem acabar por favorecer comportamentos deletérios ao mesmo tempo que geram certos bloqueios às vias de acesso à ajuda e ao cuidado. Com isso, acredita-se que tais fatores influenciem, por exemplo, na mortalidade significativamente maior por causas externas (o que inclui acidentes automobilísticos e violência) (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005) e também na baixa procura por serviços de saúde primários para cuidados preventivos (VILLELA, 2005).

Este trabalho, ao encontro de um movimento de expansão da temática da saúde do homem para além de questões biológicas – ou mais precisamente, urológicas – pretende explorar as singularidades dos sofrimentos masculinos. Tal incursão se justifica, dentre outras questões, pelo fato de dados de prevalência apontarem menores índices de transtornos mentais comuns (TMC) em homens ao mesmo tempo que se observam taxas de suicídio expressivamente maiores nessa população (COSTA *et al.*, 2002; ALMA; SANTOS; IGNOTTI, 2020). Considerando que TMC são usualmente associados ao suicídio, acredita-se que haja um menor reconhecimento de transtornos mentais – ou mesmo sofrimentos não categorizáveis como transtornos – em homens (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY, 2018). Esse reconhecimento deficitário parece ser influenciado pelas noções dominantes de masculinidades,

já que a manifestação da tristeza, da ansiedade ou mesmo da angústia por homens não faz parte das prescrições sociais hegemônicas (RUTZ; RIHMER 2007). Assim, não só homens parecem ter tendência a não relatar experiências de sofrimento a entrevistadores, mas também os próprios profissionais podem não reconhecer ou mesmo gerar barreiras a essas manifestações. Isso porque as construções de masculinidades não são somente “internalizadas” por homens, mas parecem também ser “institucionalizadas”, o que inclui os serviços de saúde (MARI; WILLIAMS, 1986).

Há que se dizer, contudo, que o reconhecimento das consequências deletérias das construções de masculinidades nos homens não deve significar sua vitimização ou mesmo minimizar o reconhecimento dos efeitos profundamente nefastos do machismo na vida de mulheres e de homens cujas expressões de gênero não vão ao encontro de normatizações hegemônicas. Pelo contrário, deve-se reconhecer que muitas vezes é justamente na busca pelo poder e pela dominação de mulheres e de outros homens, que muitos performam o gênero de modo que consequências negativas para a saúde, ainda que indiretas, podem ocorrer (CLATTERBAUGH, 2019). Isso, por sua vez, também não deve significar a “satanização” dos homens, mas sim, rejeitando-se uma visão maniqueísta, pode permitir o reconhecimento de efeitos negativos do machismo também nos homens, expondo mais uma “face” problemática dessa construção.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica, em primeiro lugar, pela necessidade de ampliação do foco, para além de instâncias puramente biológicas, dos estudos acerca da saúde dos homens. Isso porque comumente se observa um centramento em questões urológicas quando se aborda a saúde dessa população (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Destaca-se também a aparente escassez de trabalhos científicos que explorem os sofrimentos masculinos na realidade brasileira. Isso porque, em uma revisão integrativa da literatura que compõe o referencial teórico deste trabalho, não foram encontrados artigos publicados no Brasil entre os anos de 2010 e 2020 que explorem a temática (quadro 1).

Além disso, entende-se que o sofrimento pode ser uma via de acesso a processos subjetivos e de produção de “diálogos” que favoreçam, ainda que indiretamente, a constituição e vivência de outras possibilidades de masculinidade e, assim, contribuir para a luta antimachismo. Entende-se que o cuidado de homens que sofrem não deve anular o debate público de combate às iniquidades de gênero. Pelo contrário, espera-se que possa representar uma pequena contribuição, a depender do modo como seja operado, para sua difícil e complexa desconstrução.

Ao justificar a realização deste trabalho também como parte de uma luta contra o machismo, parece necessário definir o “lugar de fala” do autor. Para Ribeiro (2005), “lugar de fala” não é afirmar as experiências individuais, mas entender como o lugar social que certos grupos ocupam restringe ou amplia oportunidades. A autora alerta para a diferença entre “lugar de fala” e “representatividade”. Como exemplo, ela cita que uma travesti negra pode não se sentir representada por um homem branco cis, mas esse homem branco cis pode teorizar sobre a realidade das pessoas trans e travesti a partir do lugar que ele ocupa. Assim, é importante delimitar o lugar de fala do autor: um homem, branco, cisgênero e médico. Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer que ao falar sobre questões ligadas às lutas feministas e LGBT, o autor não tem papel de representatividade, cabendo a ele teorizar e externalizar perspectivas a partir de seu lugar de fala.

Por fim, e ainda no intuito de justificar este trabalho, abandono por ora a terceira pessoa e assumo a primeira pessoa para falar da minha relação pessoal com o tema. Parece-me relevante destacar minhas próprias experiências em relação às masculinidades e os sofrimentos que atravessaram e ainda atravessam tais vivências. Como ponto de partida, recorro à citação do filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard (1843), que exerce profundo impacto em mim: “A vida só pode ser compreendida olhando para trás; porém, só pode ser vivida olhando para

frente”.

É nessa necessidade de compreensão de minha vida que constato o impacto que a tentativa de adequação às normas de masculinidade exerceu em ações e, em consequência, contribuiu para a produção de sofrimentos. Da infância à adolescência, compreendo meu modo de “ser” como um equilíbrio saudável entre o que aquilo que comumente se compreende como “masculino” e “feminino”. Parecia-me perfeitamente natural participar de partidas de futebol e, em seguida, ter longas conversas sobre sentimentos com amigas e amigos de ambos os sexos. Ver filmes de ação e logo correr para escrever poesias. No âmbito familiar – crescendo em um ambiente em que meu pai exercia muitos papéis atribuídos ao feminino e minha mãe papéis atribuídos ao masculino – para mim era absolutamente natural auxiliar em tarefas habitualmente ligadas ao feminino, como cozinhar ou cuidar de plantas. Porém, a aproximação com a adolescência marcou o surgimento (ou aumento substancial) de uma tensão, uma necessidade extremamente forte de adequação às referências que se apresentavam dominantes de masculinidade. Em retrospectiva, entendo como a colocação de uma máscara que, como colocado por Orwell (1936), após colocada há um crescimento da face para acomodá-la.

Assim, ao longo da adolescência e no início da vida adulta, a necessidade de adequação a esses modelos produziu uma (de)formação existencial muito bem representada pelo aspecto físico assumido: muitos quilos a mais de massa muscular e uma fixação nada saudável na força física. No âmbito pessoal, relações absolutamente instrumentais e a dificuldade em estabelecer ligações afetivas de profundidade. Então, um processo crítico passou a ser notado: o ápice da adequação ao que se compreendia como modelo de homem heterossexual coincidiu com o ápice da angústia, do mal-estar, do sofrimento. Surgiu daí a necessidade de profunda reflexão e (trans)formação.

Assim, a partir da busca (ainda presente) por compreender inclinações, desejos e ações, aproximei-me de leituras e reflexões que permitiram uma compreensão (ainda que incipiente) da relação entre o sofrimento e aquilo que é construído hegemonicamente como masculino. Os muitos quilos de músculo se foram, a poesia e a valorização da subjetividade retornaram em minha vida. É evidente que, apesar da relação, os sofrimentos vividos na curta trajetória narrada não podem ser explicados unicamente por construções hegemônicas de masculinidade. É preciso dizer, também, que o sofrimento ainda permeia minha existência (assim como na maioria de nós, humanos) e que as forças que levam à adequação a padrões socialmente construídos de comportamento ainda se fazem presentes. Não espero que a compreensão da relação entre sofrimento e masculinidades anule o sofrimento de minha existência, tampouco daqueles de quem cuido. Essa compreensão, por uma perspectiva pessoal, é parte de uma eterna

busca por autoconhecimento e pela melhoria das habilidades como médico, como cuidador. Espero na relação comigo e com pessoas de que cuido, incorporar elementos para ampliar minha sensibilidade e, quiçá, aliviar o sofrimento.

Encerro as justificativas com o que talvez tenha sido uma das principais influências para debruçar-me sobre a temática dos sofrimentos masculinos: os encontros, em sua maioria marcantes, que tive como médico de família e comunidade com homens e seus sofrimentos. Passei quatro anos da minha curta trajetória profissional (primeiro como residente médico e depois como preceptor) em uma mesma equipe de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde (no Rio de Janeiro, chamada de Clínica da Família) em uma grande favela. Lá, talvez sensibilizado pelas minhas próprias experiências com a vivência das masculinidades, pude perceber, ainda que de forma intuitiva, a influência das construções de masculinos tanto na produção direta quanto nas formas de expressão de sofrimentos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Explorar singularidades do sofrimento masculino.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar fatores que influenciam na gênese dos sofrimentos masculinos, descrever modos de expressão dos sofrimentos masculinos e explorar aspectos do cuidado de sofrimentos masculinos.

4 REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DOS SOFRIMENTOS MENTAIS MASCULINOS

Visando compreender as particularidades do sofrimento mental masculino e formas de abordagem por profissionais de saúde, realizou-se uma revisão integrativa de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil utilizando os descritores: *men; masculinity; psychological distress; mental health e stress, psychological*. Estes descritores foram dispostos com as seguintes combinações: (men OR masculinity) AND (“mental health”; OR “psychological distress” OR “stress, psychological”). O período de publicação delimitado foi de 2010 a 2020. A pesquisa foi realizada no mês de junho de 2020. Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram: abordagem da saúde mental do homem (perspectiva de gênero) e idioma (inglês, português e espanhol). Os critérios de exclusão foram: indisponibilidade de acesso ao artigo; abordagem no contexto de uma doença específica (excetuando transtornos mentais); abordagem de subgrupos específicos de homens (por exemplo: homens que trabalham em cenários específicos e recortes por faixa-etária como idosos ou adolescentes).

Na primeira fase da pesquisa, foram encontrados 345 trabalhos. Realizou-se primeiramente a leitura dos títulos dos artigos e, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente citados, foram excluídos 306 trabalhos. Em seguida, após leitura dos resumos, foram excluídos 10 trabalhos (em sua maioria por abordarem subgrupos específicos). Por fim, após a leitura na íntegra dos trabalhos, foram incluídos 22 artigos (figura 1).

A partir da leitura dos artigos incluídos, foi possível definir três categorias de abordagem do tema: Características / Particularidades do sofrimento mental de homens; Acesso / Modo de procura por ajuda de homens em sofrimento e Abordagem / Cuidado de homens em sofrimento mental. Em torno delas, foram abordados os principais achados e problematizações do estudo, tendo as relações de gênero como pano de fundo.

O Quadro 1 consolida os artigos incluídos, seus respectivos autores, ano e local de publicação em relação às categorias temáticas previamente descritas. Dentre os trabalhos que compõem os resultados desta revisão, oito são revisões da literatura, sete são estudos observacionais, quatro são análises de dados secundários, dois são ensaios e um é uma carta aberta. Dos estudos observacionais, seis utilizaram metodologias qualitativas e apenas um utilizou metodologia quantitativa. Desses sete trabalhos, seis tiveram a coleta de dados feita com base em entrevista individual e um através de grupo focal. Destaca-se que nenhum dos trabalhos incluídos foi realizado no Brasil. O quadro 2 mostra a disposição dos artigos segundo categoria temática e país de publicação.

4.1 CARACTERÍSTICAS / PARTICULARIDADES DO SOFRIMENTO MENTAL DE HOMENS

A partir dos artigos incluídos na pesquisa, observou-se que, embora se perceba certa confluência nos achados dos autores no que diz respeito à maior prevalência de condições como o abuso de substância e transtornos ligados à impulsividade em homens, há questionamentos no que diz respeito à menor prevalência de transtornos mentais comuns. Autores (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY 2018; BILSKER; FOGARTY; WAKEFIELD, 2018; AFFLECK *et al.*, 2018) destacam a discrepância entre a prevalência de depressão em homens – que é significativamente menor que mulheres – e a incidência de suicídio – substancialmente maior nessa população – como um possível indicativo do subdiagnóstico do transtorno depressivo. Isso porque, segundo apontado pelos autores, a maior parte dos casos de suicídio está associado à depressão. Além disso, os autores apontam que homens são menos propensos a reconhecer sintomas relacionados ao humor, devido à não conformidade com noções dominantes de masculinidade e parecem ter uma tendência a reagir de modo distinto ao de mulheres quando enfrentam estresse psicológico.

Os autores defendem que os homens parecem engajar-se em comportamentos como o abuso de álcool, a tomada exagerada de risco e a violência devido a um fenômeno descrito na psicanálise como “*acting-out*”. Tal reação, além de potencialmente danosa, parece contribuir para que o sofrimento mental não seja reconhecido por profissionais de saúde (BILSKER; FOGARTY; WAKEFIELD, 2018). Sendo assim, segundo os achados desta revisão, a discrepância entre dados de suicídio e depressão em homens, as possíveis limitações no reconhecimento do sofrimento psicológico e fenômeno do *acting-out* parecem levar ao que alguns autores têm apontado como a “crise silenciosa” da saúde mental de homens (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY, 2018).

No contexto nacional, um estudo observacional realizado na cidade de Pelotas (não incluído nos resultados da pesquisa devido ao ano de publicação) demonstrou que pelo menos um transtorno psiquiátrico categorizado como menor esteve presente em 26,5% das mulheres e em 17,5% dos homens (LIMA; SOARES; MARI, 2021). Há também autores brasileiros (SCHRAIBER *et al.*, 2010) que afirmam que padrões dominantes de gênero podem levar homens a silenciar questões de saúde (o que vai ao encontro da ideia da “crise silenciosa”), além de levar mulheres a falarem e se queixarem mais de questões ligadas às emoções. Contudo, há aqueles que defendem que as diferenças de prevalência não são necessariamente produto de

subdiagnóstico na população masculina. Ludermir (2008), por exemplo, aponta que tais diferenças podem decorrer de desigualdades de gênero, as quais podem produzir impacto negativo na promoção de saúde mental de mulheres, que tendem a sofrer com a dupla jornada e a ainda presente desvalorização no mercado de trabalho. Considera-se que o machismo incide sobre a sociedade como um todo, o que leva a evidentes efeitos deletérios na vida de mulheres e também parece afetar negativamente a saúde mental de homens. Portanto, entende-se que o reconhecimento da maior prevalência de transtornos mentais em mulheres não exclui a possibilidade de existência do sofrimento não reconhecido em homens.

Embora homens pareçam sofrer “em silêncio”, há evidências de que não sofrem sozinhos. A partir da análise de dados da 2002 *National Survey on Drug Use and Health* (pesquisa realizada nos EUA), constatou-se que homens que cometeram violência doméstica reportaram necessidades de saúde mental não tratada duas vezes mais do que aqueles que não cometeram (LIPSKY; CAETANO; ROY-BYRNE, 2011). Além disso, Fleming e colaboradores (2018) mostraram, a partir de entrevistas com homens do México e dos EUA, que sintomas depressivos estavam associados a atitudes misóginas. Embora devido à natureza exploratória do estudo não se possa definir assertivamente a relação temporal e de causalidade entre sintomas depressivos e atitudes misóginas, os autores desse estudo acreditam que um melhor entendimento dessa relação pode levar a desfechos positivos tanto em homens quanto em mulheres. Há que se destacar que não se pretende desresponsabilizar os homens perpetradores de violência doméstica ao descrever a possível relação com o sofrimento mental, mas sim discutir um potencial (e relevante) impacto positivo da abordagem de saúde mental de homens que transcende o alívio do sofrimento em si.

Apesar de se ter percebido uma tendência entre os autores de relacionar padrões hegemônicos de masculinidade a efeitos negativos sobre a saúde mental de homens (SCHRAIBER *et al.*, 2010; BOETTCHER *et al.*, 2019; MILNER; SHIELDS; KING, 2019), observou-se também uma tendência que pode ser entendida como relativizadora ou até oponente a essa visão (WHITLEY, 2018; WONG; OWEN; SHEA, 2012; MCKENZIE, 2018; KEOHANE; RICHARDSON, 2015; SHAFER; WENDT, 2015). Destaca-se o trabalho realizado por Wong e colaboradores (2012) que, a partir de uma perspectiva multidimensional da construção da masculinidade, identificaram que a conformidade com determinadas normatizações em subgrupos específicos de homens pode estar relacionada tanto positiva quanto negativamente com estresse psicológico – há que se dizer que o subgrupo denominado como “tomadores de risco desapegados” (do inglês “*detached risk-takers*”) que está, de forma geral, em conformidade com normas mais sexistas e patriarcais, apresentou maior sofrimento

psicológico.

Ainda no sentido de se perceber as construções como multidimensionais, McKenzie e colaboradores (2018) estudaram o estabelecimento de conexões sociais por homens e a mobilização de redes de suporte. Os autores identificaram padrões diversos e, embora alguns entrevistados tenham demonstrado formas de relacionamento mais instrumentais e menos emocionalmente colaborativas, outros apresentaram padrões de conexão social positivos para a saúde emocional. Nesse sentido, destaca-se o alerta feito por Shafer e colaboradores (2015), para que as atitudes tradicionalmente percebidas como masculinas não sejam automaticamente percebidas como negativas já que, na perspectiva dos autores, algumas dessas características, como a de serem “orientados à ação” e “focados em objetivos”, poderiam ser úteis no tratamento. Ainda nessa direção, Whitley e colaboradores (2018) destacam um fenômeno descrito como “culpabilização da vítima” (do inglês “*victim-blaming*”), em que se culpabiliza homens por agir em conformidade com padrões de masculinidade, atribuindo-se o sofrimento a esse comportamento e desconsiderando-se a complexidade do fenômeno que envolve o contexto social e determinantes de saúde. Essa visão é entendida como simplista e reducionista, e transcendê-la parece ser uma necessidade quando se pensa no cuidado de homens em sofrimento mental (KEOHANE; RICHARDSON, 2015).

4.2 ACESSO / MODO DE PROCURA POR AJUDA DE HOMENS EM SOFRIMENTO

Apesar de se reconhecer a existência de interseções entre questões referentes às particularidades do sofrimento mental do homem e o modo de busca por ajuda, alguns dos estudos incluídos nesta revisão abordam de forma direta o acesso ou o modo de procura por ajuda de homens em sofrimento. Destaca-se o estudo conduzido por Keohane e colaboradores (2018), que a partir da realização de grupos focais cujos participantes eram homens com maior risco para suicídio ou que exerciam o papel de “*gatekeepers*” da comunidade, fizeram observações relevantes no que diz respeito à procura, ao recebimento e ao fornecimento de ajuda. Os pesquisadores observaram que os homens consideravam invariavelmente o efeito que as questões psicológicas podem ter sobre a masculinidade. Percebeu-se que normas culturais como conter emoções e manter a “firmeza” frente à adversidade estavam muito presentes entre os participantes. Reconhecer ou admitir o problema foi visto como o “primeiro passo” mais difícil. Observou-se, ainda, que a busca por ajuda depende de boas conexões feitas no ambiente familiar, no trabalho e nos esportes e que, embora os homens se reconheçam também no papel de “ajudantes”, eles demonstraram receio em não ter a capacidade necessária para a ajuda.

Há que se destacar que, para além do fato de homens em geral buscarem auxílio para questões mentais menos do que mulheres (BUFFEL; VAN DE VELDE; BRACKE, 2014; PARENT *et al.*, 2018), há subgrupos de homens que tendem a acessar o auxílio menos do que outros. Parent e colaboradores (2018) observaram, a partir da aplicação de questionários em uma amostra de homens americanos, que a procura por ajuda (definida no estudo como contato com profissional de saúde mental ou de serviço social nos últimos 12 meses) foi maior entre homens brancos, homossexuais, solteiros, idosos e com depressão mais proeminente. Autores de um estudo realizado em diversos países da Europa apontaram que fatores socioeconômicos parecem exercer influência na procura por serviços de saúde. Porém, segundo os autores, embora os papéis sociais de homens e mulheres exerçam influência no acesso, esse impacto é variável de acordo com o país estudado (BUFFEL; VAN DE VELDE; BRACKE, 2014).

Como já mencionado, não foram encontrados estudos realizados no Brasil nesta revisão. Porém, há que se destacar trabalhos que, embora não tenham explorado de forma específica as formas de busca por cuidado por parte de homens no contexto do sofrimento mental, exploraram a temática da busca por cuidado de forma mais ampla, permitindo, em alguma medida, o diálogo com os achados desta revisão. Cunha, Rebello e Gomes (2012), por exemplo, mostraram que os homens estudados consideravam a prevenção e os cuidados do corpo como as principais formas de se cuidar; porém, reconhecem que o hábito do autocuidado ainda não foi incorporado à cultura masculino. Figueiredo (2005), por outro lado, destaca que embora de fato exista a ideia de que a baixa presença de homens em serviços de cuidado primário seja associada à desvalorização do autocuidado por essa população, os homens tendem a preferir usar outros serviços como, por exemplo, pronto-socorros ou farmácias – locais onde, segundo o autor, as demandas são respondidas de forma mais objetiva.

Logo, no contexto nacional, para além das possíveis questões ligadas à identidade masculina, há também aquelas ligadas à organização dos serviços de saúde. Há que se reconhecer, então, que a mudança política e cultural (com a desconstrução dos ideais de masculinidade hegemônicos) não deve ser observada de forma passiva por aqueles que trabalham no setor da saúde. Ao invés disso, esses profissionais talvez devam incorporar os valores dessa mudança em suas práticas e na própria organização do serviço, atentando para o que eventualmente se configura como barreira para os homens e buscando criar estratégias que as contornem, ampliando mecanismos de acolhimento sem, no entanto, serem mera adequação à lógica dos homens.

4.3 ABORDAGEM / CUIDADO DE HOMENS EM SOFRIMENTO MENTAL

A partir da leitura dos trabalhos que abordaram as formas de cuidado de homens em sofrimento mental, foi possível perceber que a consideração das particularidades e a adaptação da abordagem de profissionais faz-se relevante (SEIDLER *et al.*, 2018; PARENT *et al.*, 2018; ROY; TREMBLAY; DUPLESSIS-BROCHU, 2018). Seidler e colaboradores (2018), por exemplo, afirmam que quanto mais “gênero-competente” é um profissional de saúde, melhor ela ou ele pode responder aos desafios psicológicos e clínicos de homens. Isso porque a diversidade e a complexidade das expressões da masculinidade parecem se relacionar com a saúde na medida em que podem influenciar a forma de busca por ajuda e o engajamento com o tratamento. Por isso, para os autores, a masculinidade deveria fazer parte do currículo de “saúde mental”. Nesse sentido, Patrick e colaboradores (2016) destacam a importância de enfermeiras(os) reconhecerem as particularidades na expressão do sofrimento mental de homens e proverem intervenções sensíveis ao gênero. Na mesma direção, Cheshire *et al.* (2016) descrevem o projeto Atlas, um programa-piloto que teve como um dos objetivos tornar a abordagem de médicos generalistas mais sensível ao gênero (CHESHIRE; PETERS; RIDGE 2016). Robertson e colaboradores (2018) mostraram que quanto mais sensível à questão de gênero, mais respeitosa(o) e menos julgadora(o), melhor é o efeito de um facilitador na expressão de emoções e na comunicação de homens.

Para além da adaptação de profissionais de saúde, observou-se, em alguns trabalhos, menção à adaptação do próprio serviço ou ambiente de abordagem (FLEMING *et al.*, 2018; ROY; TREMBLAY; DUPLESSIS-BROCHU, 2018). Robertson *et al.* (2018) mostraram que criar um ambiente seguro, onde homens podem se sentir relaxados e confortáveis, parece ser importante. Os autores destacam que a maior parte dos serviços é frequentada predominantemente por mulheres, tornando-se pouco atraente para homens. De forma semelhante, Ogrodniczuk e colaboradores (2016) descreveram iniciativas de transformação de ambientes para que fossem mais acolhedores e receptivos a homens com depressão e ideação suicida. Tais achados vão ao encontro de conclusões de autores de trabalhos realizados no Brasil, como o de Figueiredo (2005), já mencionado, que destaca a feminilização dos serviços de APS nacionais. Parece relevante, contudo, mencionar que o fato de os serviços de saúde serem percebidos como “feminilizados” não desloca a responsabilidade da baixa procura de homens unicamente para esses serviços. Na realidade, compreende-se que a resistência desses homens é, também, um reflexo dos constructos sociais hegemônicos de masculinidade, os quais tornam a presença em ambientes percebidos como “feminilizados” desconfortável.

No que diz respeito a estratégias de abordagem, observou-se, em dois dos trabalhos incluídos, menção à importância de normalizar as experiências de sofrimento de homens (PATRICK; ROBERTSON, 2016; SUCH *et al.*, 2020). Encontrou-se, ainda, menção a abordagens “gênero transformativas”, em que se objetiva reforçar aspectos positivos da masculinidade (ROY; TREMBLAY; DUPLESSIS-BROCHU, 2018; SEIDLER; RICE; DHILLON, 2019).

Por fim, no que diz respeito a formas de abordagem, observou-se que em sete dos 14 estudos incluídos em uma revisão sistemática o exercício físico foi utilizado como estratégia para promoção de saúde mental em homens (SEATON *et al.*, 2017). Na mesma direção, Such e colaboradores (2020) mostraram que a intervenção por meio do exercício físico pode ter efeitos terapêuticos na saúde mental de homens na medida em que fomenta a conexão social, a segurança de identidade, a normalização de experiências e a afetividade.

Há que se lembrar, contudo, que a própria natureza multifatorial do sofrimento humano – aqui compreendido como a desestabilização do conjunto de elementos – torna improvável a resposta plena a partir de abordagens pontuais como, por exemplo, a prática de atividade física ou aquelas passíveis de serem realizadas no nível de cuidado individual. Neste sentido, parece-nos oportuno reiterar que o machismo pode se colocar, para parte dos homens, como uma das causas de sofrimento (ao terem que ser provedores ou fortes, por exemplo), mas também como obstáculo ao enfrentamento dos mesmos (sem espaço para mediações e reflexividade). Por fim, destaca-se que experiências e manifestações de sofrimento não são homogêneas, e que diferenças sociais podem contribuir para conformar configurações distintas de sofrimento e, assim, as formas de enfrentamento podem variar a depender da realidade e do sujeito.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 SAÚDE DO HOMEM

Na década de 70, embora com noções incipientes e relativo centramento em questões biológicas e epidemiológicas, marca-se o início dos estudos sobre saúde do homem (COURTENAY, 2000). À época, tais estudos revelaram piores índices de morbimortalidade da população masculina quando comparada à feminina. Ainda que se tenham iniciado discussões acerca das possíveis influências deletérias das masculinidades na saúde, tais debates encontraram desafios para ganhar espaço. Acredita-se que parte da resistência ao avanço das discussões relacionadas à temática seja explicada pelo contraste entre as estatísticas de morbimortalidade e o maior poder social e econômico de homens. Que homens estariam (ou estão) dispostos a reconhecer que, enquanto grupo, apresentam maiores riscos em relação à saúde? E se os mesmos fatores que contribuem para a existência desses riscos também influenciarem na dificuldade de reconhecê-los? (COURTENAY; KELLING, 2000).

Uma das questões que possibilitaram o avanço dessas discussões no final do século XX e início do século XXI foi a ampliação da abordagem. Esta deixou de ser centrada somente em questões epidemiológicas e biológicas e passou também a abarcar as singularidades do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, a partir, sobretudo, de uma perspectiva de gênero relacional (GOMES, 2010). Tal perspectiva significa considerar formas de masculinidades, expressões concretas e diversas relativas aos modelos identitários hegemônicos. Além disso, a perspectiva relacional do gênero também implica a compreensão do(s) gênero(s) masculino(s) como construções baseadas na relação entre homens e outros homens e homens e mulheres. A partir dessa perspectiva, o gênero não pode ser pensado como uma entidade em si, mas como um “jogo” entre construções interdependentes (SCOTT, 1995).

Com o avanço das discussões acerca do tema, foi possível notar o surgimento de importantes publicações no cenário mundial. Destacam-se dois documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicados em 2000 e 2001 relacionados à saúde masculina sob uma perspectiva relacional de gênero. O primeiro com foco em ações da área da saúde e direcionadas a homens jovens, e o segundo com princípios para o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas para homens em processo de envelhecimento (WHO, 2000; 2001).

No âmbito nacional, a temática da saúde do homem passou a ganhar relevância no debate político na década de 2000, com o protagonismo da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) a partir da realização de eventos científicos e promoção de campanhas de prevenção do

câncer de próstata (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). Nos anos seguintes, movimentos de expansão da abordagem para além do campo biomédico puderam ser notados, como por exemplo, na edição de um número especial da *Revista Ciência & Saúde Coletiva* voltado para a saúde de homens. Propunha-se a consolidação do homem como foco da saúde pública, enfatizando novas demandas de “ressignificação” da masculinidade, decorrentes de mudanças ocorridas no campo do gênero, com o objetivo de buscar a saúde para essa população (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Em 2009, com a publicação oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008), houve uma ampliação ainda maior do debate institucional, acadêmico e social, suscitando novas reflexões, dentre elas a crítica à perspectiva biomédica que a PNAISH parecia reforçar (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Assim, este trabalho se situa (ou ao menos pretende se situar) nesse movimento de expansão da abordagem do tema, ultrapassando instâncias específicas das doenças relacionadas aos órgãos reprodutivo-sexuais masculinos e situando homens como atores de determinado(s) gênero(s) (KIMMEL, 1992). Com isso, deve-se dizer que o autor assume e, ao mesmo tempo, anuncia um desafio relacionado à abordagem da temática: o estudo da saúde do homem que não se limita a aspectos biológicos demanda a compreensão de termos e conceitos, sobretudo das ciências sociais, que podem não ser familiares àqueles que, como o autor, tiveram formação acadêmica na medicina (e cuja formação, infelizmente, teve aproximações insuficientes com tal campo da ciência). Essa incursão se faz necessária porque os termos e conceitos “tradicionais” da medicina são, em geral, insuficientes para acomodar teorias e caracterizar questões centrais da relação entre gênero, saúde e, especialmente, a masculinidade (COURTENAY; KELLING, 2000).

Como ponto de partida para explorar a relação entre gênero e saúde, destaca-se que os achados dos estudos iniciais sobre saúde do homem que demonstraram maior mortalidade e menor expectativa de vida dessa população têm se repetido sistematicamente (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Embora questões biológicas e centradas em essencialismos tenham exercido certo protagonismo para explicar essas diferenças, recentes publicações apontam limites e fragilidades nessas explicações. Em um amplo estudo de revisão realizado por McKinlay (2005) na Nova Zelândia, o autor concluiu que as diferenças em termos de morbimortalidade entre os gêneros não podem ser explicadas somente por fatores biológicos ou genéticos. Segundo o autor, as distintas condutas e expectativas sociais de homens e mulheres têm impacto na saúde. Para Courtenay (2000), o gênero, dentre uma série de fatores socioculturais, é um dos principais fatores que influenciam no comportamento e, por sua vez,

na saúde. Adotando uma perspectiva construcionista, o autor defende que as ações de homens e mulheres estão relacionadas às concepções culturais de masculino e feminino e que crenças relacionadas à saúde e comportamentos podem ser compreendidas também como formas de construções de gêneros. Dessa maneira, considerando construções hegemônicas de masculinidade, compreende-se que a resistência a buscar ajuda quando necessário e outros comportamentos reconhecidos como de risco podem ser explicados pela forma como homens “performam” o gênero. Ressalta-se, contudo, que homens são agentes ativos na construção e reconstrução de formas dominantes de masculinidade, e não meras “vítimas” das construções.

A relação entre gênero e saúde não se encerra nos comportamentos por parte de homens. Os profissionais de saúde, mesmo sem conceber, acabam por reproduzir representações hegemônicas de gênero, reiterando na saúde a divisão de atribuições e expectativas para as identidades masculinas e femininas (SCHRAIBER, 2005). Assim, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), observa-se que o atendimento tende a reproduzir, em diversos sentidos, relações sociais, desde a compreensão das necessidades de saúde de homens e mulheres até a elaboração das propostas terapêuticas (GOMES, 2010). Soma-se à menor tendência de homens a procurar ajuda a reconhecida interdição social para que cuidem de si sob uma perspectiva preventiva e tem-se os serviços de atenção primária “esvaziados” de homens e vistos culturalmente como espaços de mulheres para a assistência de si, de crianças ou como “representantes” de homens (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Por fim, e considerando outra face da questão, parece-nos fundamental destacar as contribuições de Aquino (2006) em artigo intitulado “Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil”. A autora aponta para a escassez de reflexões teóricas e epistemológicas sobre as relações de gênero e saúde no campo da Saúde Coletiva e afirma que um dos maiores desafios dos estudos de gênero é incluir outras categorias sociais de análise, tais como “raça/etnia” e “idade”. A autora indica que somente recentemente as intersecções de raça/etnia e idade/geração foram incorporadas ao debate de saúde, classe e gênero.

Ao retornarmos aos dados epidemiológicos, podemos constatar que no Brasil cabe ao homem negro o maior ônus de uma sociedade que se organiza a partir da ordem de classe, gênero e raça (BARBOSA, 1998). As taxas de mortalidade entre homens negros são maiores que as dos brancos, especialmente na faixa etária entre 15 e 29 anos. De acordo com informações da SVS/MS, o homem atingido por causas externas é predominantemente negro (BRASIL, 2006).

No contexto estrangeiro, Schofield e colaboradores demonstraram que homens negros e pobres estão em maior risco (SCHOFIELD *et al.*, 2000). Nos Estados Unidos da América, a

diferença de expectativa de vida entre homens negros e brancos é maior do que a diferença na expectativa de vida de mulheres e homens (SINGH *et al.*, 1996). Assim, Schofield e colaboradores (2000) questionam: até que ponto a saúde de homens é relacionada ao sexo de forma específica? Se existe uma crise na saúde de homens, como se sugere (ao menos em termos de expectativa de vida), essa crise parece existir para determinados homens: negros, pobres e jovens, por exemplo.

O nível socioeconômico parece influenciar em quais comportamentos estão “disponíveis” para demonstrar masculinidade. Messerschmidt demonstrou que a violência interpessoal está associada à ausência de disponibilidade de outros ideais hegemônicos de masculinidade como a remuneração financeira através do trabalho (MESSERSCHMIDT, 1993). Inúmeras masculinidades performadas por homens de baixa e média renda significam ignorar o medo e demonstrar resistência física e força, o que muitas vezes coloca esses homens em risco de lesões e morte (COURTENAY, 2000).

5.2 O CONCEITO DE GÊNERO

Retomam-se as contribuições de Aquino (2006), que aponta problemas da abordagem de gênero na epidemiologia, sobretudo aqueles ligados a questões teóricas que geram obstáculos ao uso do “gênero” como categoria analítica, e não somente como uma substituição da variável “sexo”. Assim, com o objetivo de transpor esses obstáculos, faz-se necessário uma exploração conceitual da categoria “gênero”.

Para isso, adota-se o marco conceitual de gênero no contexto da saúde, proposto por Benedito Medrado e Jorge Lyra em um artigo intitulado “Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades” (MEDRADO; LYRA 2008). Nesse trabalho, os autores apresentam o marco conceitual a partir de uma matriz organizada nos seguintes eixos: 1) sistema sexo/gênero; 2) a dimensão relacional; 3) as marcações de poder; e 4) a ruptura da tradução do modelo binário de gênero nas esferas políticas, institucionais e sociais.

Sobre o “sistema sexo/gênero”, os autores utilizam a denominação de Gayle Rubin, que define esse sistema como “o conjunto de disposições pelas quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e pelas quais se satisfazem essas necessidades humanas transformadas” (RUBIN, 1986). Para se compreender o “sistema sexo/gênero”, é preciso desnaturalizar as prescrições e práticas sociais de homens e mulheres e compreendê-las como construções. Isso não significa, contudo, entender o sexo biológico e a diferenciação (macho / fêmea) como “naturais”, anistóricos, constantes ou mesmo “pré-

discursivos”. Para sustentar essa ideia, destaca-se a obra de Judith Butler *Problemas de gênero* (BUTLER, 2012), na qual a autora aponta que a suposição de um “sexo natural” é problemática na medida em que não é possível mapear a transformação do sexo em gênero, localizando o mecanismo cultural que efetua essa transformação. A autora vai além e defende que a própria separação natureza/cultura é desnecessária e parte de uma estratégia de dominação, pois promove uma relação de hierarquia em que a cultura “impõe” significado à natureza, transformando-a num “outro” a ser apropriado. Assim, ao rompermos com a ideia de um sexo “natural” a ser culturalmente significado, torna-se possível romper também com a continuidade sexo/gênero. Por isso, neste trabalho não se compreende “masculinos” como sinônimo de “homem”, não se pressupõe que o gênero masculino se constrói necessariamente “sobre” corpos de homens e, por fim, não se entende corpos de homens como estruturas biológicas destituídas de construção discursiva.

Seguindo-se à dimensão relacional do gênero, segundo componente proposto pelos autores, compreendem-se os gêneros como construções interdependentes, o que leva a problemas para pensá-los como “unidades” em si. Nessa perspectiva, Teresita Barbieri propõe que não se pode apenas estudar um dos gêneros, sendo necessário analisá-los de forma ampla, a partir das relações homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher (BARBIERI, 1992). Assim, constata-se que embora este trabalho tenha como objetivo explorar aspectos dos masculinos, o gênero enquanto categoria analítica não será reduzido à abordagem de homens de forma isolada. Ainda sob a perspectiva relacional, é necessário dizer que “relacional” não deve ser interpretado como “complementar” ou “simétrico” (SARTI, 2004). Não se propõe aqui uma “di-visão” sexual do mundo em “homens e mulheres” mas, como dito, uma análise ampliada das relações (que inclui também aquelas que existem entre pessoas do “mesmo” sexo). Mais do que isso, na dimensão relacional, é preciso superar a visão dicotômica que reduz pessoas ao par “masculino/feminino” e considerar as interseções do gênero com outros marcadores sociais, como “raça/etnia”, “idade”, “sexualidade” ou “condição socioeconômica”, já que atravessam as relações e também constituem o que compreendemos como gênero. Nessa direção retoma-se a obra de Judith Butler, na qual a autora defende que o termo *mulher* não é capaz de denotar uma identidade comum. Isso porque uma pessoa pode ser “mulher”, mas isso não é tudo que ela é. Não porque a pessoa “transcenda” os traços predefinidos de gênero, mas porque o gênero se constitui de forma plural na medida em que estabelece intercessões com modalidades raciais, de classe, sexo e identidade discursivamente construídas (BUTLER, 2012).

O terceiro componente do marco conceitual proposto é o das “relações de poder”. Para

explorar este marco, adota-se a obra de Joan Scott, que propõe uma definição de gênero a partir da conexão entre duas proposições: “(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995). Esse conceito de poder advém da obra de Foucault (1980), e, conforme citado por Scott (1995, p. 20), pode ser entendido como “constelações dispersas de relações desiguais constituídas pelo discurso nos ‘campos de forças’”.

O quarto componente do marco conceitual é a “ruptura da tradução do modelo binário de gênero nas esferas políticas, institucionais e sociais”. Este marco é relevante na medida em que, segundo Scott (1995), o gênero não se constrói de forma binária em homens e mulheres, mas na multiplicidade das instituições. Essa compreensão vai muito além da instituição familiar, já que, segundo a autora, o gênero se constrói também em outras esferas, como a econômica e a política.

5.3 MASCULINIDADES

Entende-se que o detalhamento conceitual de gênero e masculinidade não se faz necessário somente para fins de sustentar os pressupostos deste autor e trazer coerência a este trabalho. Busca-se também demarcar o “lugar” científico e político em que se situa esta abordagem. Isso porque se acredita que, a depender do modo como se “operam” os conceitos de gênero e masculinidades, pode-se distanciar ou se aproximar de desafios científicos e políticos do movimento feminista e do movimento em defesa da diversidade sexual.

Na direção contrária àquela que se pretende seguir, situam-se estudos sobre masculinidades com viés reacionário que tendem a localizar homens como objetos específicos dos estudos de masculinidades (o que se diferencia, por exemplo, da perspectiva relacional). Rodrigo Parrini, antropólogo chileno, em trabalho intitulado *¿Existe la masculinidad?*, traz críticas a esses estudos, já que podem acarretar consequências teóricas e políticas importantes (PARRINI, 2006). Isso porque, ao se estudar homens e masculinidades de forma “isolada”, corre-se o risco de reforçar o binarismo que tem sido objeto de crítica e desconstrução por teorias feministas e *queer*. Além disso, ao se partir de uma divisão simplista entre masculino e feminino, corre-se o risco de desconsiderar as complexidades da subjetividade e as reflexões sobre relações de poder que se relacionam diretamente com o sexo e o gênero.

Por isso assume-se, a partir dos marcos conceituais de gênero propostos aqui, que não existe uma única forma de masculinidade – pelo contrário, considerando as intercessões

previamente enunciadas, presume-se que não há um único par de masculinidades idênticas. Entende-se também, considerando a perspectiva relacional, que não é possível estudar masculinidades de forma “isolada”, desconsiderando as relações com os femininos e com construções hegemônicas. Além disso, não se acredita ser possível falar em formas binárias que pressupõem uma “di-visão” entre formas hegemônicas e subordinadas. Entende-se que as posições de poder social de homens são assumidas de modo complexo por cada homem e que, sob uma perspectiva relacional, interagem com outras formas de masculinidades.

Outra face da abordagem de masculinidades que merece ser explorada são as concepções de homens que costumam orientar estudos acerca da saúde dessa população. Para tanto, destacam-se as contribuições de Juan Guillermo Figueroa-Perea, um dos principais nomes do debate sobre saúde do homem (sobretudo no campo dos direitos reprodutivos) na América Latina, que tem desenvolvido, ao longo dos últimos anos, uma reflexão crítica sobre o tema (FIGUEROA-PEREA, 2003). Ele chama a atenção para cinco concepções que são comumente observadas: 1) “satanização dos homens”; 2) “homens como vítimas”; 3) “autoflagelação”; 4) “desigualdades de gênero patriarcais”; e 5) “uma leitura que contextualiza as normas”. Há que se fazer uma breve descrição de cada uma delas, com o objetivo de demarcar certos cuidados a serem tomados na abordagem das masculinidades.

Figueroa chama a atenção para a visão maniqueísta nas três primeiras vertentes, em virtude do pressuposto de uma busca em encontrar “as boas e os maus”. Mantêm-se assim as polaridades e “di-visões” que pouco contribuem ou avançam na compreensão da complexidade das propostas das relações de gênero pautadas em teorias feministas.

A primeira concepção, que o autor define como a que “sataniza os homens”, pode ser compreendida como a definição de homens como origem ou causa, como responsáveis e executores das desigualdades de gênero. São, assim, “vitimizadores”. Sabe-se, contudo, que a dominação de homens sobre as mulheres não possui autoria única, mas advém de um conjunto de atores que inclui homens, mídia, religião, instituições sociais e outros tantos.

A vertente seguinte situa-se no contrário: reconhece os “homens como vítimas”, compreende que são “condicionados pelo gênero” e, por isso, não são inteiramente responsáveis por suas ações. Embora o autor deste trabalho reconheça que homens também sofrem consequências negativas das construções de masculinidades, afirma-se que isso não desloca sua responsabilidade, já que estes também são agentes ativos na construção do gênero. Afirma-se, ainda, que é justamente na busca pelo poder e pela subordinação de mulheres e de outros homens que alguns deles sofrem aquelas consequências.

Em seguida, no processo que o autor nomeia como “autoflagelação”, observam-se

homens considerando-se culpados pelos problemas enfrentados pelas mulheres e também pela sua condição de homem. Segundo Figueroa, nesses casos observam-se discursos politicamente corretos e a negação de qualquer possibilidade de homens terem direitos. Este trabalho afasta-se desta concepção na medida em que se pauta justamente no direito à saúde de homens e na abordagem de seus sofrimentos.

Na quarta concepção, os homens são compreendidos a partir da perspectiva das desigualdades de gênero decorrentes do patriarcado. Este fundamenta processos de desigualdades de gênero de forma geral. Assim, nessa abordagem costuma-se constatar que o patriarcado é multidimensional e, por isso, tem formas de controle e reprodução demasiadamente complexas, o que pode terminar por encerrar qualquer possibilidade de transformação (a depender da forma de análise). Embora se reconheça a influência do patriarcado nos comportamentos de homens e nas relações de gênero, pretende-se afastar de uma visão determinística. Entende-se que o patriarcado não é compreendido da mesma maneira nem se inscreve nas relações do mesmo modo em diferentes contextos ou em diferentes pessoas.

A última noção se pauta em uma leitura que “historiciza as normas” e se propõe a definir, problematizar e desconstruir influências em situações específicas. Entende-se que a tomada de consciência acerca das relações de poder torna possível transformá-las e reconfigurá-las. Assim como Figueroa-Perea, o autor deste trabalho também pretende se aproximar desta última vertente.

Ainda tomando como referência a obra de Juan Guillermo Figueroa-Perea, destaca-se a crítica que ele faz ao uso recorrente em pesquisas do conceito de “masculinidade hegemônica”, que tem como antítese as masculinidades subordinadas ou subalternas. Embora a expressão tenha se tornado comum nas pesquisas sobre homens e masculinidades, Figueroa-Perea questiona o caráter anistórico e universal dessa construção. Além disso, ao se empregar a expressão, corre-se o risco de se materializar (ou substantivar) um jogo de poder, produzindo dicotomias que desconsideram a dimensão relacional do gênero (FIGUEROA-PEREA, 2003).

Entende-se que considerar os apontamentos de Figueroa não significa descartar completamente o uso da expressão, mas conceituá-la de modo a se afastar dos problemas descritos. Isso significa compreendê-la como plural, dependente do contexto e mutável ao longo do tempo.

O conceito de masculinidades hegemônicas partiu de uma crítica do “papel sexual masculino” a partir da proposição de masculinidades em múltiplas relações de poder. Esse conceito diz respeito a práticas que permitem a continuidade da dominação de homens sobre as mulheres e, também, sobre outros homens. A ideia de uma hierarquia das masculinidades pode

ser compreendida, por exemplo, a partir da experiência de homens homossexuais com a violência e com o preconceito dos homens heterossexuais (CARRIGAN; CONNELL; LEE, 1985).

O conceito de masculinidade hegemônica passou a ser progressivamente usado para compreender as práticas de saúde dos homens como a exposição a situações de risco, além das dificuldades que homens comumente apresentam para lidar com suas fraquezas e buscar ajuda (MIELI, 1980). No que tange aos custos e às consequências, estudos do campo da criminologia têm demonstrado que padrões particulares de agressão estão ligados a masculinidades hegemônicas; porém, não como um efeito mecânico, mas através da busca de homens pela hegemonia (GERSCHICK; MILLER, 1994). Em um estudo pioneiro, Messner demonstrou que a colocação em ato da masculinidade hegemônica nos esportes profissionais, ao mesmo tempo que reproduz essas hierarquias de forma exacerbada, leva a danos emocionais e físicos aos “vitoriosos” (BUFKIN, 1999).

O apontamento de tais estudos sobre consequências de masculinidades hegemônicas, ao mesmo tempo que permite a constatação de possíveis consequências negativas das “masculinidades hegemônicas”, serve como ponto de partida para o questionamento do caráter “universal” da expressão. Isso porque embora de fato o conceito de “masculinidade hegemônica”, por ser baseado em uma prática que permite e perpetua a dominação de homens por mulheres, realmente se refira, em alguns contextos, ao engajamento dos homens a práticas tóxicas – como a violência física – permitindo a estabilização da dominação em contextos particulares, não é a “regra” em todos os contextos e momentos (MESSNER, 1992). A violência e outras práticas reconhecidas como “tóxicas” não são sempre as características definidoras do modelo hegemônico. Isso porque as masculinidades hegemônicas têm diferentes configurações. Destacam-se as observações de Wetherell e Edley (1999), que identificaram que, de forma paradoxal, formas dominantes de “ser homem” em determinados contextos podem ser justamente a demonstração da distância da masculinidade hegemônica de outro contexto. Além disso, os homens podem se afastar ou se aproximar de determinados referenciais de acordo com necessidades interacionais. Os homens podem adotar determinada forma de masculinidade hegemônica quando é desejável, mas os mesmos homens podem se distanciar dessas formas quando lhes for conveniente (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Por fim, destaca-se a provocação de Whitehead (1999), que questiona quem realmente é o homem hegemonicamente masculino: “É John Wayne ou Leonardo DiCaprio; Mike Tyson ou Pelé? Ou talvez, em diferentes momentos, todos eles?”. Ele também questiona quem na realidade pode pôr em ato práticas hegemônicas. Num esforço de “responder” à provocação de

Whitehead e ao mesmo tempo dar “formas” ao conceito de masculinidade hegemônica deste trabalho, afirma-se que as masculinidades hegemônicas podem ser construídas de forma a não corresponderem à vida de nenhum homem real e, mais do que isso, não representam tipos determinados de homens. Entende-se que são formas como sujeitos se posicionam através de práticas discursivas.

5.4 SOFRIMENTO

O conceito de sofrimento aqui adotado advém do livro escrito por Eric Cassel intitulado *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (CASSEL 1991). Para o autor, o sofrimento surge quando uma iminente destruição da “pessoa” é percebida. Assim, o sofrimento se mantém até que a ameaça seja removida ou a “pessoa” seja reconstruída de outra maneira. Destaca-se que “pessoa”, para Cassel, não é sinônimo de mente, subjetivo ou espírito. Para compreendermos esse conceito, é necessário abandonar o paradigma cartesiano e o dualismo “mente/corpo”, e entender a “pessoa” como multifacetada. Embora não seja possível reduzir a “pessoa” em partes para compreendê-la, Cassel apresenta alguns elementos que podem constituí-la para demonstrar a complexidade e o “potencial” de instabilidade e de sofrimento que existe em cada um de nós. Ele aponta os seguintes elementos: o passado vivido, a família, a cultura, a sociedade, os papéis sociais, a dimensão instrumental, as relações, o corpo, a mente inconsciente, a dimensão política, a vida secreta, a expectativa de futuro e a dimensão transcendental.

Os conceitos de pessoa e sofrimento são relevantes no contexto da obra de Cassel na medida em que facilitam a compreensão dos possíveis efeitos deletérios de um cuidado centrado na doença. Isso porque, segundo se observa a partir de exemplos concretos apresentados pelo autor ao longo do livro, corre-se o risco de, ao centrar o cuidado no corpo doente, gerar danos à pessoa que é também, porém não somente, constituída por esse corpo. O mesmo raciocínio é, em certa medida, aplicável ao considerarmos um cuidado centrado na doença mental na medida em que a pessoa é muito mais do que aquilo que se pode definir como “mente”.

Uma crítica possível ao conceito de sofrimento de Cassel é que pode pressupor que caso não estejamos em sofrimento, estamos necessariamente “íntegros”. A esse respeito, cabe dizer que o autor deste trabalho não defende a possibilidade de estabilidade plena em um ser vivente. Em vez disso, argumenta-se em favor do conceito de Cassel a partir da compreensão do sofrimento como um *continuum*. Um fenômeno que, tomando como base a obra de Nietzsche, é inerente à experiência humana e que, por isso, conceber a existência sem o sofrimento pode

ser uma forma de fuga ou de negação da própria vida. Mais do que isso, tal concepção pode levar à desconsideração ou desvalorização de aspectos do sofrimento que, segundo a leitura que Nascimento e Amorim (2016) fazem do pensamento do filósofo, poderiam ser positivos na medida em que representam possíveis vias de acesso à superação de si. Ainda nesse sentido, destaca-se também a perspectiva freudiana que compreende que a vida em civilização leva a um *mal-estar* que não pode ser anulado. Isso porque, segundo a leitura de Inada (2011), Freud (1930) constata que “a vida social exige sacrifícios pulsionais da ordem do desejo”. Embora esse conceito de *mal-estar* não seja exatamente sinônimo de sofrimento, é mais um elemento que sustenta a ideia de impossibilidade de estabilidade plena em um ser vivente.

Com isso, cabe dizer que não se espera que a compreensão de aspectos dos sofrimentos masculinos contribua para sua eliminação. Mais do que isso, não se considera nem desejável tal empreitada, visto que a tentativa de profissionais de saúde anularem o sofrimento da experiência humana, além de ter um improvável sucesso, não é isenta de problemas (SOUSA, 2009).

Apesar disso, assume-se que o estudo do sofrimento no campo da saúde tem relevância na medida em que pode, a depender da intensidade e de entrelaçamentos com outros elementos que constituem a vida, levar à doença, modular experiências de adoecimento e, por atravessar relações de cuidado, gerar efeitos relevantes nessas relações. Ademais, entende-se que a abordagem do sofrimento tem o potencial de contribuir para uma forma de cuidado que avança em relação àquele centrado somente no adoecimento.

Essa noção de ampliação do cuidado para além da instância da doença vai ao encontro de uma forma de cuidar denominada *centrada na pessoa* (STEWART *et al.*, 2017). Tal abordagem de cuidado pressupõe uma separação entre aquilo que é considerado “doença” com base no modelo biomédico convencional: algo que está “errado” com um corpo (visto em geral como máquina) ou uma mente (vista em geral como computador), daquilo que se pode compreender como experiência de adoecimento: uma vivência singular, sendo composta, por exemplo, por sentimentos, ideias e preocupações acerca de uma doença (STEWART *et al.*, 2017).

Assim, há que se fazer uma abstrata porém importante distinção entre adoecimento mental, experiência de doença e sofrimento. Acredita-se que o conceito de sofrimento aqui adotado permite não só uma ampliação da compreensão daqueles adoecimentos categorizados como mentais, mas também possibilita a exploração de um dano à pessoa que, embora relevante, não seria passível dessa categorização. Entende-se que o conceito de sofrimento, a depender do modo como é operado, permite também importantes diálogos com aquilo que

poderia ser chamado de “experiência de adoecimento” o que, por sua vez, parece “abrir portas” para uma abordagem do cuidado que transcende aquele centrado na doença.

6 METODOLOGIA

A palavra “método” vem do grego *methodos*, e é composta de *metá*, que significa “por meio de” e *hódos* que significa caminho. Um caminho pressupõe, no sentido tradicional, um ponto de partida. Portanto, para descrever o *hódos* que se pretende seguir, há que se destacar aspectos deste trabalho que constituem certos “caminhos” escolhidos até aqui.

Observa-se nos conceitos de gênero, de masculinidades e de sofrimentos um afastamento dos dualismos e das “di-visões” do mundo. Apostou-se em uma perspectiva relacional e na compreensão dos processos sem reduzir a complexidade das múltiplas interações a simples “pares” opostos. Essa perspectiva parece ir ao encontro de um movimento de mudança paradigmática que tem, na crise do paradigma moderno, a necessidade e a oportunidade de surgir.

O paradigma moderno tem suas raízes no paradigma do patriarcado e, portanto, pode ser compreendido como uma “atualização” desse que o originou. Carlos Alberto Plastino afirma em ensaio intitulado *Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado*, que o paradigma moderno se fundamenta na visão dualista que separa o mundo em “polos” opostos (PLASTINO, 2016). Tem-se na divisão cultura/natureza, razão/emoção, homem/mulher a determinação de um polo dominante (o primeiro dos pares apresentados) e outro dominado. Essas visões não são fruto de descobertas científicas, mas compõem o paradigma que determina e limita o conhecimento científico. Com isso, apesar de o paradigma moderno ter, em certa medida, fundamentado elementos da física newtoniana (que pressupõe relações de causa e efeito lineares) parece ter nos afastado da compreensão das interconexões entre os fenômenos. Isso pode, por exemplo, ter limitado a percepção de efeitos deletérios de ações do homem sobre a natureza.

A “crise” do paradigma moderno parece surgir na medida em que os pressupostos que fundamentam esse paradigma são contrariados por “resultados” da ciência (SANTOS, 2008). Destacam-se a teoria da relatividade de Einstein e a física quântica como exemplos de movimentos da ciência que colocam em xeque pressupostos do paradigma dominante. Outro fator que fragiliza as bases do paradigma moderno são as crises da sociedade que demandam a reformulação de pressupostos. Tem-se na atualidade, como exemplos, a crise ambiental ou a própria “crise” da masculinidade.

Assim entende-se que, neste trabalho, se pretendeu seguir “caminhos” que se afastam ou mesmo que vão de encontro ao paradigma moderno e com seu “precursor”, o paradigma do patriarcado. Assumem-se pressupostos que por ora não fazem parte do paradigma dominante e,

mais do que isso, que fazem parte daquilo que na perspectiva dualista do paradigma patriarcal esteve no polo “dominado” e, portanto, foi esquecido ou menosprezado por séculos.

Dentre os modos de produção de conhecimento marginalizados dentro do paradigma moderno, encontra-se o saber a partir da “experiência”. Por experiência não se entendem somente “fatos” ou “acontecimentos” externos a um observador, o que estaria mais relacionado a um saber por “experimento”. Mas sim, pela relação entre a pessoa (que não pode ser resumida ao ato de observar) e os eventos. Bondía (2002) apresenta esse conceito de saber a partir da experiência de forma esclarecedora:

Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. (BONDÍA, 2002, p. 27).

Assim, considerando-se o valor da experiência vivida como forma de produção de conhecimento, buscou-se operacionalizar a metodologia deste trabalho a partir da (re)construção de encontros deste autor, na figura de Médico de Família e Comunidade de uma unidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma grande favela da cidade do Rio de Janeiro, com situações nas quais sofrimentos masculinos estiveram presentes. Entende-se a APS como um cenário oportuno para o “campo” deste trabalho, visto que tem, dentre os princípios, o acesso e a integralidade (STARFIELD, 2002), além de ser o nível de atenção estruturante e porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, acredita-se que o reconhecimento das necessidades singulares dos masculinos nesse contexto se alinha com a luta pela construção de um SUS integral e universal.

Assim, foram redigidas “cenas” a partir de uma visita às memórias e de tais encontros que, além de terem sido marcantes – e portanto deixaram suas marcas na memória – possibilitaram diálogos relevantes com o tema deste trabalho. Essa “visita” às memórias, acredita-se, permitiu lançar um novo olhar àquilo que se viveu – sobretudo considerando as construções teóricas realizadas – o que, em certa medida, acabou por recriá-las de maneira distinta. Vale dizer que na redação das cenas, nomes fictícios foram criados e esforços foram direcionados de modo a tornar improvável a identificação das pessoas através de outros elementos da história.

Definiram-se como critérios para seleção das vivências encontros em que os sofrimentos masculinos estiveram presentes, seja de forma “central” – como por exemplo, nos casos em que se observaram transtornos compreendidos como do domínio mental –, seja naqueles em que o

sofrimento esteve “periférico” ou mesmo tácito. Isso porque se entende que o próprio fato de estar “periférico” pode ser uma singularidade na expressão ou, ainda que de fato não tenha “protagonismo” em um encontro para o cuidado, o sofrimento pode se relacionar de inúmeras formas com o “problema” em questão e impactar a relação de cuidado em si. Vale dizer que em um mapeamento inicial das experiências utilizando tais critérios de seleção, foram identificados elementos que indicaram a possibilidade de obtenção de resultados relevantes.

Julga-se necessário mencionar, ainda, que não se entendeu como necessária a submissão deste trabalho para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pois, considerando-se a Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde promulgada em 2016 (BRASIL, 2016), que determina procedimentos éticos para investigações com seres humanos que utilizam abordagens das ciências humanas e sociais, constata-se que não deve ser registrada e não será avaliada pesquisa que “objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (BRASIL, 2016).

Embora a metodologia aqui proposta seja relativamente incomum, não se pressupõe um pioneirismo. Destacam-se os trabalhos de Melo (2017), Machado (2020) e Landi (2018), que embora tenham características metodológicas que guardam singularidades entre si, tiveram em comum a utilização de experiências vividas para a constituição de cenários que permitiram diálogos com os fenômenos que pretenderam abordar. Cabe destacar, contudo, que embora as “cenas” utilizadas pelos autores sejam constituídas de experiências vividas e, portanto, tenham elementos de subjetividade, os trabalhos desenvolvidos não se resumem a autobiografias. Diferentemente disso, além de as “cenas” serem também constituídas de encontros com outras pessoas – e que portanto também contêm suas “vozes” – não se encerram em si (já que dialogam com elementos do campo científico dos objetos de estudo).

Assim como nos trabalhos de Melo (2017) e Machado (2020), utilizaram-se pistas do método cartográfico para a reconstituição e análise das memórias recolhidas. Também de modo semelhante aos autores optou-se pela re(construção) de cenas como estratégia para trabalhar-se com as memórias. Há que se dizer que ao recompor e utilizar experiências vividas, torna-se necessário colocar em análise não somente o “outro”, mas também o “eu” e, sobretudo, o produto dessa interação. A cartografia se torna valiosa na medida em que implica a dissolução do ponto de vista do observador, o que significa tanto a “recusa” do ponto de vista unicamente exterior a um fenômeno quanto do ponto de vista unicamente interior do pesquisador (PASSOS; EIRADO, 2019). Cartografar pressupõe, assim, a interdependência do dentro e do fora. Mais do que isso, na cartografia, não se supõe que haja sujeito e mundo preestabelecidos. Pelo

contrário, ao cartografar, o mundo e o sujeito surgem simultaneamente ao ato cognoscente. Como nas palavras de Maturana e Varela: “todo ato de conhecer traz um mundo às mãos” – “Todo fazer é conhecer, todo conhecer é fazer” (MATURANA; VARELA, 1972).

Há que se destacar que a cartografia foi utilizada como método não somente para a (re)constituição do “campo” mas também para a análise dos dados obtidos/produzidos. Nesse sentido a cartografia torna-se útil na medida em que permite captar e colocar em análise “linhas de tensão” que não só atravessaram os sujeitos das cenas e as relações existentes, mas que também estiveram presentes no ato de (re)constituir as memórias e na análise/discussão do material. Em outras palavras, o método tem o potencial de permitir reconhecer e analisar implicações que, no entendimento que Melo (2017) traz de Baremlitt (2002), são processos nos quais “materialidades e forças de distintas ordens (inconscientes, políticas, etc.) se colocam e se entrecruzam nas inserções e interações entre sujeitos, organizações e instituições” (MELO, 2017, p. 20). Para tanto, as pistas cartográficas são úteis na medida em que não visam isolar objetos de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Pelo contrário, objetivam justamente conhecer as redes de forças com as quais o fenômeno em questão encontra-se conectado.

Ao (re)constituir algumas vivências no movimento inicial de avaliar a potencialidade das cenas, observou-se a relevância de elementos processuais como interações, reações, sensações e pensamentos. A cartografia é um método que se presta justamente à análise de processos e, para analisá-los, é preciso a habituação em um território – o que vai ao encontro justamente da prática profissional deste autor, que constituirá o “campo” das experiências vividas (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2020). Nesse aspecto, a cartografia se aproxima de alguns aspectos da etnografia, já que o pesquisador se mantém no campo em contato direto com as pessoas e o território existencial.

Segundo Cicourel (1980), o etnógrafo não só observa, mas também participa da vida das pessoas. Assim, ao mesmo tempo que é modificado, também modifica a experiência etnográfica. Isso, além de envolver a convivência, leva a uma espécie de “problema” decorrente do tipo de posição assumida e da relação que se estabelece com os participantes. Por isso, a ida à campo envolve:

Algun grau de afastamento do meio familiar. O etnógrafo busca experimentar um estranhamento. É preciso introduzir uma irregularidade na continuidade familiar, há uma interrupção do fio regular do pensamento e da vida. A situação da pesquisa caracteristicamente oferece atrito, e é esse atrito que impulsiona o pensamento, que traz novidade. (CAIAFA, 2007, p. 148).

Entende-se que tanto a constituição quanto o movimento de reconstrução de memórias parecem, em certa medida, dar conta dessa tarefa da cartografia e da etnografia. Isso porque pressupõem algum grau de “atrito” e de interrupção da regularidade. Entende-se que, para “lembrar”, é preciso que algo tenha sido marcante. O conceito de memória aqui adotado se assemelha ao proposto por Melo (2017):

Neste trabalho, adotamos a ideia de que a memória não corresponde nem à representação de todos os fatos e fenômenos vividos nem à verdade de cada fato ou fenômeno. Ao contrário, entendemos a memória como um arquivamento não sistemático de elementos marcantes (por alguma razão), submetidos tanto aos filtros subjetivos quanto aos sentidos e significados produzidos pela memória no sujeito, ou por movimentos do sujeito nas memórias (inclusive em conexões e associações entre as mesmas, por vezes ativando-as). (MELO 2017, p. 88).

Considerando que memórias não são representações exatas de fatos ou fenômenos, cabe destacar que embora se tenham direcionado esforços para mitigar interferências de fantasias deste autor ou mesmo de enquadramentos de modo a tornar suas ações enquanto médico das cenas “politicamente corretas” ou “bem-vistas”, não se espera que tais esforços tenham eliminado completamente essas interferências. Reconhece-se, com isso, que esta é uma limitação inerente à aposta metodológica que se faz aqui.

Cabe destacar que não se espera que as cenas que constituem este trabalho representem o “todo” do fenômeno estudado. Ao invés disso, espera-se que “falem sobre” os sofrimentos masculinos a partir de suas singularidades e permitam problematizações relevantes. Almejou-se, assim, o que Minayo, Diniz e Gomes (2016) descreveram como desejável em abordagens qualitativas:

A arte é encontrar nos dados e não fora deles o que torna qualquer problema local parte dos problemas universais: seu enraizamento no mundo em que vivemos e suas possibilidades transformadoras. (MINAYO; DINIZ; GOMES, 2016, p. 1).

Assim, para a realização deste trabalho, após o mapeamento inicial foram identificados elementos de cada uma das cenas que dialogavam com os objetivos definidos previamente. Esta etapa foi operacionalizada a partir da construção de uma tabela com um resumo da “cena” e os principais elementos identificados. Em seguida foram selecionadas aquelas que melhor pareciam dialogar com os objetivos e, nos casos de “cenas” com questões de diálogo semelhantes, optou-se por incluir aquelas que apresentavam características que apontavam para maior potência na discussão. Em seguida, prosseguiu-se com a redação definitiva dos encontros e os diálogos com a literatura. Considerando que a cartografia não pressupõe um caminho

definido e “rígido”, à medida em que questões que emergiram não estavam suficientemente contempladas pelo referencial teórico previamente estabelecido, novas buscas à literatura foram feitas. Em outras palavras: durante a análise do material determinadas pistas levaram às conexões (ou enraizamentos) com referencial teórico pré-estabelecido. No entanto, no decorrer do percurso cartográfico algumas pistas pareceram carecer desse referencial e, de forma “orgânica”, guiaram novas incursões na literatura. Objetivou-se ordenar os casos de modo a refletir a “trajetória” cartográfica e também a facilitar a experiência de fluidez e continuidade na leitura.

7 RESULTADO E DISCUSSÃO

7.1 (DES)ENCONTROS COM UM HOMEM EM SOFRIMENTO

Ao chegar à clínica pela manhã, fui até a copa pegar uma xícara de café e observei que os residentes de medicina falavam sobre um paciente que vinha buscando atendimento com frequência. Um deles disse: *Vocês viram quem já está na sala de espera?* Após um breve silêncio e intensa troca de olhares, outro respondeu: *Não acredito que é ele... eu o atendi três vezes nos últimos dias. O que será dessa vez?* Após um som de expiração forte, como que buscando alívio, continuou: *Eu não sei mais o que fazer com esse homem... Ele já fez baciloscopia, radiografia, eletrocardiograma e nada! O médico do particular pediu até uma TC e ninguém acha nada!* Um terceiro residente completou: *eu o atendi esses dias quando você não estava. Acho que ele estava justamente esperando o laudo da TC. Também não consegui encontrar uma explicação para a falta de ar. Falei com ele inclusive que poderia ser psicogênica mas ele negou sintomas ansiosos ou depressivos. Ficou até meio bravo quando falei! Eu expliquei que não adiantava ele ficar vindo todo dia, mas parece que não adiantou muito eu falar.* A essa altura eles já haviam se dado conta da minha presença e olhavam de soslaio para mim como que buscando avaliar minhas expressões. Dessa vez, olhando diretamente em minha direção o residente da equipe do paciente disse: *Eu realmente já não sei mais o que fazer com esse paciente, Rafael. É um homem de quarenta e poucos anos, sem doenças conhecidas que tem apresentado episódios de cansaço não relacionado aos esforços. Às vezes ele falava que também tinha tosse e a gente chegou a pensar em tuberculose. Ele já fez baciloscopia e o resultado foi negativo. Além disso, ele nem tem febre ou perda de peso... Cogitei ser um problema cardíaco, mas ele não tem dor torácica e não tem muito fator de risco. Ai não sei né... fica mais difícil.* Com alguma pressa por conta da necessidade de iniciar as atividades da manhã, respondi: *Acho que é um caso para sentarmos para discutir com calma. Se tivermos um tempinho hoje conversamos sobre ele, ok?*

Não me recordo se o “tempinho” não surgiu ou se acabamos esquecendo de falar de Maurício. O fato é que o dia se encerrou e nada mais falei ou ouvi a respeito daquela pessoa.

Na manhã seguinte, uma residente que não estava na conversa na copa do dia anterior bateu à porta da sala onde eu estava com olhar que denotava preocupação e disse: *Rafael, preciso de ajuda! Estou com um paciente que tem vindo praticamente todo dia. Ele na verdade é da equipe do Carlos, mas como ele está no turno administrativo, acabei chamando. É um homem de quarenta e poucos anos, sem comorbidades, que apresenta falta de ar há cerca de*

*um mês. Já investigaram tuberculose, pediram exame de imagem, eletro e nada... Tentei explorar questões psicológicas mas ele é bem resistente. Você pode ir comigo? Consenti, já sabendo que provavelmente se tratava do paciente sobre quem os residentes falavam no dia anterior. Chegando ao consultório, observei uma série de exames espelhados sobre a mesa e um homem branco, de porte robusto e com uma expressão fechada que, ao olhar para mim, acenou com a cabeça discretamente. Após me apresentar, me sentei em frente a ele, peguei a maior parte dos exames e deixei sobre minhas pernas. Colocando a mão sobre eles com as palmas voltadas para baixo, disse: *Maurício, a colega já me falou sobre a sua falta de ar. Antes de entrarmos no assunto, você pode falar um pouco sobre a sua vida? Sobre a família, o trabalho...**

Após uma resistência inicial, Maurício contou que havia se mudado de Cabo Frio há cerca de dois meses, onde, segundo contou com um brilho no olhar, tinha uma vida tranquila. Disse que se mudou para o Rio de Janeiro em busca de um trabalho que lhe pagasse um salário mais alto. Apesar de ter conseguido emprego como porteiro de um grande edifício na Gávea (bairro nobre da cidade), disse que quando o salário é subtraído do aluguel, acaba com menos do que em Cabo Frio. Para além da clara frustração com a questão financeira, Maurício narrou com grande angústia que só de chegar para trabalhar, ao olhar para cima e ver o tamanho do prédio, já se sentia estressado. Contou que para além da função de porteiro, era exigido em outras atividades, como fazer intervenções na caixa d'água. Lembro-me bem da fala de Maurício: *Doutor, você não tem ideia de como é trabalhar lá. Tem que atender o interfone que toca o tempo todo, pegar correspondência e ainda subir lá no altão para resolver coisa na caixa d'água...*

Diante da narrativa de Maurício, não consegui conter a pergunta: *Existe algo que te impede de voltar para Cabo Frio? Maurício explicou que o principal motivo era a esposa, que tinha certo desejo de permanecer no Rio de Janeiro.*

Após a longa conversa que tivemos, reforcei que os exames não revelaram alterações e que, de fato, a falta de ar poderia ser um sinal de ansiedade. Foi fornecido um atestado de afastamento do trabalho e o encorajamos a conversar com sua família sobre suas angústias. Maurício consentiu e, com ar que denotava alívio, saiu do consultório. Nos dias e semanas que seguiram àquela consulta, Maurício não voltou para novos atendimentos.

Inicialmente, relutei em incluir este encontro. Isso porque não estive com Maurício ao longo de suas idas à clínica. E mais: ainda quando estive presente, foi no contexto de dar suporte à residente. Porém, ao refletir sobre a questão, conclui que o fato de Maurício ter sido atendido por diferentes médicos (sendo eu um deles) pode ser justamente um ponto relevante para nossa discussão. Por que, em um ambiente em que se espera o cuidado contínuo ao longo do tempo

por um profissional ou equipe, observamos tamanha fragmentação? (STARFIELD, 2002). Uma hipótese razoável é a de que não houve formação de vínculo – a tal relação médico-paciente. Os médicos, por não conseguirem identificar a provável causa dos sintomas, podem ter se sentido frustrados, o que pode ter afetado o engajamento e, em consequência, a formação do vínculo. Por outro lado, Maurício, por não ter tido suas questões solucionadas (ou explicadas), pode ter se tornado cada vez mais resistente à abordagem. Aqui, vale resgatar a ideia da “dupla barreira” ao reconhecimento de sofrimentos masculinos: aquelas ligadas à expressão do sofrimento por parte dos homens e aquelas ligadas aos profissionais. Iniciando-se por essa última, vale questionarmos se a aparente baixa prevalência de sintomas físicos relacionados a sofrimentos mentais em homens pode ter tornado a abordagem do domínio mental marginal na investigação (SMITH; MOUZON, ELLIOTT, 2018). Vale a reflexão: se Maurício fosse uma mulher, não é razoável acreditarmos que haveria maior ênfase na abordagem dos sofrimentos?

Ainda na perspectiva dos médicos, cabe questionar se o modo como os sofrimentos foram abordados foi “adequado”. Isso porque, a partir da revisão da literatura, foi possível identificar que há abordagens de sofrimentos masculinos com maior probabilidade de produzir bons resultados. Considerando que, de maneira geral, essa temática é pouco abordada na graduação em medicina, é possível (e até provável) que a abordagem não tenha sido próxima do que podemos entender como “ideal” (SEIDLER *et al.*, 2018; ROBERTSON *et al.*, 2018).

Deslocando a análise para o outro lado da “dupla-barreira”, sabemos que homens tendem a ser resistentes a relatar sintomas emocionais a entrevistadores e Maurício pode ter resistido às investidas dos profissionais. Vale dizer, contudo, que a possível resistência à expressão de sofrimentos por parte de Maurício não se dá apenas por fenômenos “internos” descolados do contexto em que se deram as interações. Sim, processos de subjetivação relacionados à construção de gênero parecem influenciar no modo (ou ocultamento) de expressão dos sofrimentos, mas não podemos deixar de questionar o quão acolhedor é o ambiente para que essa manifestação aconteça.

Aqui, vale resgatarmos a ideia de que serviços da Atenção Básica no Brasil são usualmente percebidos como “feminilizados” e, portanto, podem ser pouco acolhedores para homens (FIGUEIREDO, 2005). Para além disso, é preciso considerarmos que referenciais hegemônicos que influenciam nos comportamentos de Maurício também podem influenciar nas atitudes e percepções de profissionais de saúde. Isso pode contribuir para a construção (ou reforço) de processos de estigmatização relacionados aos sofrimentos masculinos que podem tornar o ambiente ainda menos acolhedor à expressão de sofrimentos. Vale questionarmos como seria o acolhimento de Maurício desde o primeiro contato com o serviço de saúde até o

atendimento pelo profissional médico se ele tivesse manifestado de forma explícita (ou não física) seus sofrimentos. Ele teria conseguido atendimento prontamente? Teria sido atendido inúmeras vezes em um curto período de tempo?

Lembro-me bem que ao encerrar a consulta de Maurício, fui invadido por grande orgulho, alimentado pela crença de que realizei uma abordagem adequada. A partir da nossa interação, entendi que além de tê-lo ajudado, fui capaz de dar um excelente exemplo aos residentes. Como já estava em contato com a literatura relacionada à saúde do homem e, em especial, os sofrimentos masculinos, supus que o estudo teórico poderia estar surtindo efeitos práticos. Tive a certeza de que seguir abordando a temática valeria a pena. Me lembro do pensamento repleto de empolgação: *É isso! Precisamos ensinar estudantes e médicos como abordar sofrimentos masculinos!*

Agora, com o benefício da retrospectiva e o esforço de controlar impulsos narcísicos que me inclinam a ver somente desfechos “bons” para a história, consigo pensar em duas explicações para o resultado ter sido aparentemente diferente quando eu realizei a abordagem. A primeira é que, de fato, nosso encontro produziu *insights* importantes para Maurício que geraram efeitos positivos em sua experiência e, quiçá, em suas ações. Com isso, consultas subsequentes não foram necessárias – um sucesso magnífico. A segunda – e menos otimista – é que a abordagem foi extremamente danosa, o que fez com que Maurício não retornasse mais (uma quebra total de vínculo com os profissionais e o serviço). O impacto positivo pressupõe que consegui acessar aspectos relevantes da vida de Maurício e, também, que ele teve confiança suficiente para acreditar naquilo que abordamos. Isso pode ter acontecido porque sou homem, mais velho do que os residentes que o atenderam e por estar na figura de preceptor (frequentemente confundida com a de “chefe” pelos pacientes). É razoável acreditar que Maurício pode ter se sentido mais confortável para falar sobre suas questões comigo, já que expor fragilidades para pessoas mais novas e, algumas delas mulheres, pode ter sido mais difícil. E claro, o fato de eu estar sensibilizado por questões relacionadas aos sofrimentos masculinos e já em contato com questões teóricas pode ter de fato tornado a abordagem mais “qualificada”.

Já o impacto negativo se explicaria pelo descontentamento ou desconforto vivido por Maurício durante e após a minha abordagem. Isso porque, segundo Michel Ballint, em sua clássica obra *O médico, seu paciente e a doença*, há situações em que o sofrimento fica escondido em formas físicas que são mais suportáveis ou compreensíveis e, ao acessá-lo, o médico pode colocar a pessoa em situação de fragilidade, já que estará em um contexto semelhante ao de alguém que tem seu esconderijo descoberto (BALINT, 1988). No caso de

Maurício, é possível que o “desvelamento” do sofrimento tenha feito com que se sentisse “menos homem” ou um homem “menos poderoso”. Isso porque emoções podem ser entendidas como elementos que constroem e marcam configurações de masculinidades. Assim, a conformidade com padrões hegemônicos acaba por levar à modulação ou ao apagamento de certas emoções – uma ideia facilmente compreensível ao resgatarmos o dito popular de que “homens não choram”. Mostrar a Maurício seu “choro” (em sentido metafórico) pode ter produzido ainda mais sofrimento tanto pela relação de Maurício consigo mesmo quanto pelo fato de o processo ter ocorrido diante de outra pessoa.

Antes de seguirmos para o próximo encontro, vale deslocarmos a análise da interação de Maurício com os profissionais de saúde para o sofrimento em si. Embora existam um sem-número de avenidas para explorarmos suas singularidades, pretendo destacar aquelas relacionadas ao gênero e à vida profissional. Como migrar para outra cidade em busca de maior retorno financeiro e se ver trabalhando em um ambiente de maior desgaste e com menores ganhos pode ter influenciado na gênese do sofrimento de Maurício? Como o fato de ser homem modula essa experiência? Sabemos que situações adversas relacionadas ao trabalho como, por exemplo, o desemprego, impactam as concepções de masculinidade por diferentes razões, sendo a principal a dimensão do “prover”.

A partir do exposto no livro *Hombres, masculinidades y emociones*, coordenado por Juan Carlos Ramírez Rodríguez (s/d), é possível compreender que o trabalho é um dos principais recursos para significação da identidade masculina. Este se insere numa relação de dominação estrutural que se constrói pelas particularidades do trabalho, a oferta de emprego disponível e sua relação com a dinâmica familiar. Ora, se o sofrimento aqui é compreendido como ameaça ou “dano” à pessoa, não parece arriscado assumir que os impactos do trabalho em processos de subjetivação como, por exemplo, aqueles relacionados à dimensão do gênero, contribuíram para a gênese do sofrimento de Maurício. Assim, especulo que o trabalho de Maurício module e/ou contribua para experiências de sofrimento por “vias” que vão muito além das demandas excessivas e do desgaste narrados por ele.

O (des)encontro com Maurício parece colocar-me em um território analítico que dificulta conclusões precisas acerca dos problemas observados. Fica o questionamento: em que medida Maurício resistiu à manifestação de seus sofrimentos e em que medida encontrou resistência? O valor dessa exploração parece estar em apontar desafios e possíveis facilitadores em ambas as “vias” ao mesmo tempo que mantemos o olhar para as possíveis limitações ou riscos inerentes à exploração dos sofrimentos masculinos.

7.2 UM ENCONTRO COM UM SOFRIMENTO MASCULINO QUE COMEÇA A GANHAR O PLURAL

Francisco é um homem de sessenta e poucos anos, branco e de baixa estatura. Um traço marcante de sua personalidade é a simpatia. Ao chegar à clínica para as consultas, costumava fazer questão de cumprimentar a todos, lançar sorrisos e elogios. Não me lembro de um atendimento em que não recebi algum tipo de presente – em geral uma sacola repleta de frutas. Eu já o atendia há algum tempo e com relativa frequência. Isso porque Francisco era bastante cuidadoso com sua saúde e comparecia sem faltas às consultas de seguimento para controle da hipertensão e da doença pulmonar obstrutiva crônica.

Certo dia, já no fim do turno de atendimento da tarde, observei o nome de Francisco na planilha de acolhimento indicando o seguinte motivo para a consulta: conversa particular com o médico. Felizmente estava com disponibilidade na agenda e indiquei que poderia atendê-lo no mesmo dia. Ao abrir a porta do consultório e observar a sala de espera, vi somente Francisco sentado. Diferentemente da maioria das vezes, ele estava cabisbaixo, com os ombros lançados para frente e as mãos entre as pernas. Uma postura bastante diferente da habitual. Ele levantou a cabeça e agradeceu muito por eu poder atendê-lo. Entrando no consultório, disse: *Doutor, o senhor me desculpe, mas eu vou falar de um assunto constrangedor hoje. Eu estou até com vergonha, mas não estou vendo saída.* Eu, em seguida, respondi: *Olha seu Francisco, não precisa me chamar de senhor, não. Fica tranquilo! Se quiser pode me tratar por “você”. E de verdade, fique à vontade. Aqui o senhor pode falar o que quiser.* Francisco, olhando para baixo disse: *Me desculpa falar disso, doutor, mas é que o negócio aqui não está funcionando. O problema mesmo é que minha esposa não entende. Ela acha que eu estou pulando a cerca. Que não amo mais ela.* Tentando buscar os olhos de Francisco que se esquivavam dos meus, respondi: *Me fala um pouco mais, Francisco. Quando o senhor diz que o negócio não está funcionando, é o pênis que não fica com a rigidez normal ou não tem rigidez nenhuma?* Com as bochechas rosadas, Francisco respondeu: *Ele até fica duro. Mas é um duro meio mole. Não é aquela coisa assim potente!*

Tentando imprimir o máximo de naturalidade nas minhas palavras, segui: *E você tem desejo por ela? Vocês têm feito as preliminares?* Ele respondeu: *Olha, desejo eu tenho sim. Claro que não é aquela coisa de garoto. Mas alguma coisa ainda fica, né? Agora, preliminares nunca existiram entre nós. Minha esposa é daquelas mulheres conservadoras e não aceita muita carícia. É só a penetração e pronto. Sempre foi assim.* Me esforçando para esconder a surpresa com a resposta, segui: *E essa questão da ereção começou quando?* Francisco pareceu

ainda mais constrangido, respondendo: *Olha, na verdade isso é bem antigo. Eu nunca comentei por vergonha mesmo, o senhor me desculpe. Esse problema já tem uns 12 anos, desde a época que eu fiz tratamento para ansiedade. O médico até tirou o remédio na época para ver se era por conta da medicação, mas não melhorou nada, não. Desculpa não ter te falado antes, mas eu até uso o sildenafil há um tempo, o problema é que não está mais funcionando.* Nessa hora respirei fundo. Me lembro de um certo desconforto com o fato de ele nunca ter falado sobre isso. Um breve questionamento de minhas próprias habilidades como médico... Percebendo que a situação se revelara excessivamente complexa para esgotar o assunto em um atendimento, lancei a minha última pergunta daquele dia: *E o como o senhor se sente em relação a esse problema? Como isso tem te afetado?* Francisco levantou a cabeça e, dessa vez olhando para mim disse: *Olha, eu mesmo nem me incomodo muito. Sexo é bom mas dá para viver sem ou pensar em outras formas de fazer. Meu medo é minha mulher. Ela não entende, tenho medo de não me achar mais homem. Tenho medo de ela me largar!*

O encontro com Francisco permite discutirmos sofrimentos masculinos com certo distanciamento do estereótipo do “macho que sofre”. Isso porque Francisco é cuidadoso com a própria saúde (visto que comparecia para os atendimentos de condições crônicas sem falta), não exhibe agressividade ou parece ter dificuldade em demonstrar afeto. No entanto, esse relativo distanciamento de normatizações mais “óbvias” da masculinidade não pareceu impedir que as questões relacionadas à ereção produzissem sofrimento em Francisco. Isso reforça a ideia de que as masculinidades tendem a se expressar de forma heterogênea em relação ao referencial hegemônico, podendo um homem se afastar ou se aproximar desse referencial em diferentes dimensões de sua existência. Aqui, vale resgatar o conceito de pessoa utilizado por Cassel que é compreendida como um conjunto de incontáveis elementos e, ao retornarmos o olhar para Francisco, reconhecemos a possibilidade da coexistência de diferentes “homens”, podendo cada um deles situar-se de forma distinta em relação a referenciais hegemônicos.

Como ponto de partida para a análise da relação entre os problemas de ereção de Francisco (que recebem o nome técnico de disfunção erétil), as masculinidades e o aparente sofrimento experienciado por ele, parece-me oportuno destacar a ideia de Giffin e Cavalcante (1999), que entendem a sexualidade como polo estruturante da identidade masculina tradicional. Segundo as autoras, essa é definida pela “atividade” e, portanto, um homem “impedido” de exercer uma função ativa no ato sexual distancia-se do modelo hegemônico masculino, podendo sentir-se “menos homem”. Ainda nessa direção, a disfunção erétil (comumente chamada de impotência sexual) pode levar àquilo que Maria Grassi e Marcio Pereira (2001) chamaram de “sujeito-sintoma”. Este termo assinala o homem que, devido à

disfunção erétil, sente-se impotente enquanto sujeito para muito além da esfera sexual. Em outras palavras: ele passa de um homem que sofre com a “impotência sexual” para um “homem impotente” que sofre. Assim, ainda segundo os autores, a disfunção erétil comumente acaba por levar ao abandono do gozo como um todo, na vida, em decorrência da flacidez do pênis e ainda que a ereção seja “restaurada” com auxílio de remédios como os que Francisco utiliza, a “ferida identitária” pode permanecer aberta, levando à insistência na deterioração sexual. Assim, cabe questionar se os fármacos utilizados por Francisco de fato não têm produzido efeito desejável na ereção – nesse caso, a “impotência” sexual estaria mantida – ou se é Francisco que não consegue se perceber capaz de exercer a prática sexual que entende como satisfatória – nesse caso, “homem impotente” continua a existir.

Outro fator que me parece desejável analisar e discutir é a ameaça percebida por Francisco de ser deixado por sua esposa caso não tenha a função sexual “reestabelecida”. Cabe questionar em que medida essa de fato é uma ameaça que parte de sua esposa ou se há, em algum grau, uma projeção de crenças e medos de Francisco. Isso porque a expectativa da prática sexual ativa e pública por parte de homens pode levar a um exercício da sexualidade referido como “trabalho” ou “serviço”, uma obrigação para “fazer-se” ou “manter-se” homem para garantir a fidelidade da mulher (LEAL; BOFF, 1996). Em outras palavras: é como se a prática sexual ativa fosse necessária para a legitimação da masculinidade e, em consequência, para a constituição de um “homem”. O medo de Francisco pode surgir da ideia de que na medida em que deixa de ser “homem” a relação heterossexual que mantém com sua esposa é ameaçada. Vale dizer, contudo, que a ideia aqui não é determinar se o fenômeno é mera projeção de Francisco ou se há, por parte de sua esposa, uma ameaça à continuidade do relacionamento. O importante é demarcar a possibilidade de as construções de masculinidades contribuírem para a gênese dos medos e, em consequência, do sofrimento de Francisco.

Deslocando a lente analítica do sofrimento de Francisco em si para a relação de cuidado, é inevitável a sensação de desconforto que sinto ao perceber que as questões relacionadas à disfunção erétil levaram meses para “emergir” em nossos encontros. Afinal de contas, eu, como médico de Família e Comunidade, tenho certo orgulho de ferramentas e habilidades que desenvolvi ao longo da formação para impedir que necessidades de saúde não sejam identificadas. Nós temos, inclusive, um nome técnico para isso: demandas ocultas – do inglês *hidden agenda* (SILVERMAN, 2005). No caso de Francisco, um homem que, fugindo à norma, parecia apresentar um itinerário terapêutico alinhado com as expectativas de profissionais de saúde, a surpresa do reconhecimento de uma demanda que permaneceu oculta teve um gosto ainda mais amargo. Lembro-me bem de questionar o porquê de esse itinerário parecer ter

“desviado” justamente na dimensão sexual. Sabemos que fatores sociais, culturais e cognitivos influenciam no comportamento de procura a serviços de saúde (UCHOA; VIDAL, 1994), e recorrendo à literatura para buscar explicações (ou minimizar meu desconforto com o insucesso em evitar a demanda oculta) foi possível identificar que, no que diz respeito à disfunção erétil, a vergonha figura entre os motivos identificados (MODESTO, 2016; BALDWIN; GINSBERG; HARKAWAY, 2003) para que homens não busquem auxílio em serviços de saúde. Ao retornarmos à cena, podemos ser lembrados que Francisco exibia uma postura retraída e, além disso, o próprio pedido de desculpas por tratar do tema pode ser um indicativo que de fato se envergonha da condição. Assim, não parece arriscado assumir que construções de masculinidades influenciam não só na produção do sofrimento em consequência da disfunção erétil, mas também parecem “modular” o itinerário terapêutico, ficando muitas vezes ao largo dos serviços de saúde.

Até aqui, passamos pelas questões referentes ao sofrimento de Francisco em si e pela relação terapêutica. No entanto, parece-me fundamental direcionar também o olhar para a sua esposa. Afinal, adoto uma perspectiva relacional e não pretendo isolar o homem do ponto de vista analítico. Vale identificarmos, assim, em que medida os “sofrimentos masculinos” estão inscritos na experiência de sua esposa. A esse respeito, considerando que os referenciais normativos de gênero são construções sociais (o que significa que influenciam crenças e comportamentos tanto de homens quanto de mulheres), é possível que a esposa de Francisco também experimente certo grau de sofrimento por ver seu marido tornar-se “menos homem” – assumo aqui as mesmas explicações para Francisco sentir-se diminuído em sua masculinidade. Assim, parece-me pertinente questionar em que medida isso afeta sua experiência enquanto mulher e em que medida ela pode se sentir “responsável” pela situação. Ainda nessa direção, cabe lembrarmos que segundo Francisco a prática sexual entre ele e sua esposa é “reduzida” à penetração. Isso pode não só limitar as possibilidades de práticas sexuais (o que poderia representar uma alternativa no caso da flacidez do pênis) mas também pode ser sintomático de um “aprisionamento” vivido por sua esposa em decorrência também de construções de masculinidades. Isso porque, segundo Paiva (1994) e Arilha (1999), as expectativas de práticas sexuais ativas reservadas a homens acabam por gerar dois tipos de mulher: as “da casa” (sexualmente controladas e “passivas”) e as “da rua” (sexualmente ativas e socialmente desvalorizadas). O aprisionamento pode surgir justamente na medida em que a esposa de Francisco pode ser impelida a aproximar-se do ideal de mulher “da casa”, limitando as possibilidades de prática sexual.

Parece-me importante destacar, contudo, que ainda que os elementos que podem

“limitar” as práticas sexuais por parte da esposa de Francisco fossem “suspensos” ou, em outras palavras, se a esposa de Francisco se tornasse aberta a inúmeras formas de explorar a sexualidade, isso provavelmente não levaria efeitos práticos imediatos na sexualidade do casal. Isso porque para homens abandonarem a ideia de que a prática sexual heterossexual não se limita à penetração pênis/vagina há a necessidade, em grande parte dos casos, de um trabalho de (re/des)construção. Este é um desafio cujas possíveis respostas não se encerram nas abordagens terapêuticas individuais ou de casais. As “respostas” parecem passar também por estratégias de abordagens coletivas desenvolvidas e implementadas considerando particularidades locais – aqui, a organização territorial da Estratégia de Saúde da Família torna-se um grande facilitador. Penso, como possibilidades, a divulgação de materiais acerca da sexualidade indicando a busca das equipes de referência caso necessidades sejam percebidas, além da criação de espaços coletivos onde a circulação de desconfortos e possíveis formas de lidar com a problemática sejam facilitadas. Em suma, aposto em uma resposta pautada na sinergia entre ações individuais e coletivas para a abordagem de questões relacionadas à sexualidade.

7.3 O ENCONTRO COM O(S) ARMANDO(S)

*Tenho mais almas que uma.
Há mais eus que eu mesmo.
Existo todavia
Indiferente a todos
Faço-os calar: eu falo.
Fernando Pessoa*

Eu já conhecia Armando há algum tempo. Um homem pardo, de média estatura e cerca de 50 anos. Além de atendê-lo episodicamente devido a questões de saúde pontuais como resfriados ou dores na coluna, tivemos alguns encontros para abordar problemas relacionados à saúde mental. Armando apresentava sintomas como nervosismo, humor deprimido, dificuldade para dormir e anedonia. Ele já utilizava fármacos antidepressivos há anos; porém, embora tivesse momentos de relativa melhora, nunca se sentiu bem o suficiente para a descontinuidade dos remédios. Nós também nos encontrávamos quando Armando ia até a unidade acompanhando sua filha: uma jovem de vinte e poucos anos deficiente auditiva. Ele a auxiliava na comunicação e sempre se mostrava bastante cuidadoso com sua saúde.

Pois bem, nesse dia havia horários agendados tanto para ela quanto para ele. Ela marcou o atendimento para abordar questões relacionadas à contracepção, já que desejava a inserção de

um dispositivo intrauterino. Após traduzir cuidadosamente e com certo entusiasmo minhas falas e as de sua filha, Armando pediu que ela saísse para que pudesse ter o seu atendimento.

Doutor, eu não estou aguentando mais! O pouco que tinha melhorado dos meus problemas piorou outra vez. Terminando de ler o registro da última consulta e me esforçando para dar atenção a Armando, respondi: Que surpresa, Armando! Há pouco com a sua filha o senhor me parecia bem... Aconteceu algo em sua vida? Quer falar um pouco sobre isso?

Com os olhos bem abertos olhando fixamente para mim, Armando respondeu: *Perto dela eu não posso cair. Se eu desabar ela desaba junto. Ser pobre, mudo e surdo no Brasil não é mole não, doutor... Mas por dentro eu tô que não me aguento! Se aconteceu algo na minha vida para eu piorar?! É o de sempre! Aquele traste que só aparece para pegar dinheiro e depois some, vai para a galinhada!* Girando a cadeira para ficar direcionado para Armando e largando a mãos do teclado, segui: *Vejo que o senhor cuida muito bem de sua filha. Deve mesmo ser duro... Tem alguém para te ajudar? A mãe dela é presente? E esse traste que o senhor fala é o namorado que o senhor tinha terminado?* Dessa vez os olhos arregalados pareciam me atravessar, indo além das paredes do consultório: *Sou eu e Deus. A mãe largou a gente quando ela era pequena. Eu atraio esse tipo de gente... O dedo é podre para mulher e para homem! E o traste é o que eu tinha terminado mesmo... Eu sou é fraco... Ele volta pedindo desculpas, dizendo que está mudado e eu acabo aceitando. Agora tá lá... come, bebe, pega dinheiro, passa a noite fora e eu trouxa acabo sempre abrindo a porta outra vez.*

Nessa hora provavelmente os meus olhos é que foram longe... O que perguntar? Para onde direcionar aquela conversa? O que eu, na figura de médico, poderia fazer? Sem muita certeza, segui: *E o senhor já conversou com ele sobre isso? Já falou sobre o que o incomoda?* Armando voltou a olhar fixamente nos meus olhos e disse firmemente: *Conversar? Tentar eu já tentei mas acaba em gritaria, barraco, porradaria. Aquele lá não tem jeito. Na verdade, eu também não tenho jeito... Eu aceito, perdoo, tolero...* Inspirando profundamente e tentando conter a desesperança que surgira em mim, disse as únicas palavras que consegui pensar: *Caramba, seu Armando, que triste... O senhor pensou em como eu posso ajudar?*

Não sei exatamente por que (re)construí essa memória de modo a terminar com uma pergunta. Afinal, parece-me haver certa tendência a supor que o profissional de saúde encerre os encontros com respostas. Uma explicação possível reside no fato de que ainda me vejo diante de muitas dúvidas acerca dos melhores caminhos para abordar o sofrimento de Armando. Não que respostas definitivas ou inteiramente destituídas de dúvidas sejam uma constante na prática da medicina; no entanto, diante de sofrimentos, parece-me mais comum que as incertezas assumam certo protagonismo em detrimento das respostas “assertivas” que, não raro, são

inexistentes.

Durante o treinamento na medicina e, em especial, na residência de Medicina de Família e Comunidade, aprendemos a perguntar quais as expectativas daqueles que nos procuram em relação a nós, profissionais de saúde. A ideia é supostamente desenvolvermos um cuidado *centrado na pessoa*, visto que as condutas propostas teriam maior chance de estar alinhadas àquilo que esperam de nós (STEWART *et al.*, 2017). Embora eu reconheça certo valor nessa prática, há aqui três considerações necessárias. A primeira é que perguntar “o que espera de mim” em geral pressupõe abordar um aspecto consciente. Como somos seres em parte inconscientes, há situações em que não sabemos exatamente o que buscamos (ou nos enganamos a esse respeito). Logo, a pergunta guarda um certo “risco” na medida em que pode direcionar os cuidados com base em uma resposta potencialmente “imprecisa”. A segunda consideração reside no fato de que muitas vezes o real intento em perguntar “o que espera que eu possa fazer” é vislumbrarmos alguma direção quando nós, profissionais de saúde, estamos paralisados, quando não enxergamos uma “resposta”. É um pedido de ajuda “disfarçado” para encontrar “respostas” que não temos. Por fim, a terceira consideração é que essa pergunta, quando usada como recurso último para “enxergar” um caminho, pode revelar uma inclinação pela busca por “respostas” que nem sempre são necessárias, visto que o cuidado também se dá pela escuta implicada do outro e pela relação em ato. Em uma análise retrospectiva do encontro com Armando, penso, inclusive, que o momento demandava mais a escuta do que a busca por “respostas”. Assim, a pergunta que encerra o encontro com Armando pode ser entendida como um esforço para realizar um cuidado centrado na pessoa, ao mesmo tempo que denota certa “inclinação desmedida” à busca por “respostas”. E claro, a pergunta também representa um “sintoma” da situação de dúvida em que me encontrava – e que penso ainda me encontrar.

Cabe questionar, contudo, se o protagonismo das dúvidas diante de Armando está na complexidade intrínseca ao seu “caso” ou na minha distância de sua realidade que acaba por romper a fronteira da empatia ou da compreensão possível. Como eu: homem, branco e com toda uma vida de privilégios das mais diferentes ordens, posso me aproximar de Armando, compreender seus sofrimentos e, quiçá, ajudá-lo? Essa pergunta sustenta e ao mesmo tempo limita o diálogo com a teoria que se segue.

Uma das formas de tentar compreender e auxiliar Armando é aplicar o “conhecimento médico” estruturado ou, em um sentido mais amplo, tecnologias leve-duras (critérios diagnósticos, protocolos ...),¹ em um esforço de categorizar (ou diagnosticar) seu sofrimento

¹ Segundo Mehry (1999), as tecnologias presentes no cuidado em saúde podem ser divididas em duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são formadas por várias ferramentas-máquinas como o raio-x e outros instrumentos

para, em seguida, propor a intervenção (ou tratamento) preconizado para a condição. Considerando as tipologias de cuidado exercidos por profissionais de saúde descritas por Melo e Mattos (2018), há aqui uma aproximação com o cuidado centrado na doença.

Sob essa perspectiva, seria possível traduzir o sofrimento de Armando em um transtorno depressivo ou um transtorno misto ansioso-depressivo. Como resposta possível, poderia medicá-lo (no caso aumentar a dose da medicação) e/ou referenciá-lo (ou atendê-lo conjuntamente) a um profissional da psicologia. A resposta baseada na medicação – e comumente difundida pela indústria farmacêutica – parte do pressuposto de que aqueles transtornos são causados por baixos níveis de neurotransmissores como, por exemplo, a serotonina (LACASSE; LEO, 2005). No entanto, um olhar “atualizado” da ciência tem colocado importantes dúvidas acerca de tal “explicação” (COWEN; BROWNING, 2015). Assim, uma “resposta” centrada na farmacoterapia pode ser entendida como limitada (para dizer o mínimo).

Bom, como mencionei anteriormente, restaria também o apoio de um profissional psicólogo que dispõe de um “repertório” que transcende (e muito) a resposta baseada na baixa de serotonina. Do ponto de vista prático, o que limitou (e ainda limita) essa resposta é um desmonte da APS que ocorreu na gestão municipal na ocasião do encontro com Armando que, aliado às mudanças da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MELO; MAGALHÃES; TEIXEIRA, 2019; MELO *et al.*, 2018), acabou por limitar significativamente a atuação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com isso, a redução da presença de profissionais da psicologia (seja efetiva, pelo rompimento de contratos; seja relativa, pelo inchaço das equipes de Saúde da Família) tende a intensificar os desafios e dúvidas diante de casos como o de Armando (e tantos outros “categorizados” como transtornos). A presença de um profissional da psicologia no cuidado de Armando poderia, por exemplo, ajudar na construção de uma “resposta” à pergunta “o que espera de mim” (em sentido literal e metafórico), na medida em que tende a ampliar a abordagem da subjetividade e a incluir aspectos do inconsciente.

Considerando que as tecnologias leve-duras dominantes na prática médica em contextos de abordagem de questões de “saúde mental” não se revelaram potencialmente frutíferas no encontro com Armando, parece-me necessário dar um “passo para trás” e buscar

para fazer exames de laboratórios. Já as tecnologias que denomina leve-duras são formadas por modos de saber-fazer estruturado, organizado, protocolado e normalizado como a clínica do médico, a clínica do dentista ou o saber da enfermagem. Por fim, as tecnologias que denomina leves são aquelas relacionadas ao trabalho vivo em ato, ao processo de relações e ao encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra.

compreender/abordar seu sofrimento por uma outra perspectiva. Afinal, um aspecto importante do cuidado se dá pelo reconhecimento que pressupõe uma apreensão acurada dos fenômenos que envolvem a pessoa e seus sofrimentos (FIGUEIREDO, 2012). Há aqui um deslocamento de uma visão de cuidado centrada na doença para uma visão de cuidado centrada no sofrimento (MELO; MATTOS, 2018). Assim, direcionando o olhar para Armando com a lente do conceito de Cassel, é possível enxergarmos que a pessoa, ou conjunto de incontáveis elementos que a compõem, é formada por diversos homens, sendo cada um deles “ameaçado” de forma distinta. Arriscarei-me aqui a separar, dentre os incontáveis elementos, aquele que chamarei de “remador contra a maré”, outro que irei denominar “pai” e um terceiro que irei chamar de “companheiro”.

Parece-me importante abordar inicialmente o “remador contra a maré”, na medida em que permite compreender um tipo de vetor para o sofrimento que, semelhante a uma doença crônica, atravessa e modula a experiência do viver como um todo, limitando-a e dificultando-a. Cabe demarcar, contudo, uma dimensão especulativa na identificação do “remador contra a maré”. Parto do pressuposto de que muito da “maré” contra a qual Armando precisa remar é formada por fenômenos sociais e contextuais que atravessam em maior ou menor medida a experiência do viver. Parece-me que os riscos de uma especulação imprecisa são, de certa maneira, mitigados pelos anos que passei cuidando de pessoas que vivem no mesmo território que Armando e estando efetivamente no local. Entendo que essa experiência favoreceu a apreensão da expressão dos fenômenos sociais em uma dimensão local e também a percepção de certos elementos contextuais.

Cabe ainda lembrar ao leitor que minha relação de cuidado com Armando foi construída ao longo desses anos e, com isso, minha compreensão a seu respeito transcende aquilo que pode ser visto no encontro (re)construído. Dito isso, o “remador contra a maré” é o homem pobre, pardo e *gay* que, para viver, possivelmente tem de lidar constantemente com as resistências impostas pela precariedade material, agravada pelo desmonte de dispositivos de proteção social que se soma (ou multiplica) às diversas formas de racismo simbólico ou concreto e que, por sua vez, se somam a (ou multiplicam) todas as formas de preconceito contra pessoas homossexuais. Assim, a maré contra a qual Armando precisa remar diariamente é, *grosso modo*, o entrecruzamento entre a pobreza, o preconceito racial e a homofobia.

O “pai” Armando poderia facilmente ser chamado de “pai/mãe”. Isso porque, como vimos no “encontro”, Armando exerce funções que, não raro, são exercidas por ambos. Optei pelo nome “pai” por ser assim que Armando se coloca e por entender que é a forma que a maior parte da sociedade o enxerga. Entretanto, o reconhecimento de um híbrido pai/mãe dentro da figura de pai permite não só identificarmos a multidimensionalidade da “pessoa” na qual, não

raro, elementos comumente vistos como “opostos” coexistem. Isso, pela complexidade intrínseca a essa multiplicidade e/ou pela necessidade de adequação às expectativas sociais “únicas” (ou é pai ou é mãe, ou é homem ou é mulher), se torna fonte de instabilidade e, em consequência, sofrimento.

Embora esses “conflitos” pareçam mais evidentes na vida de Armando, não parece arriscado assumir que atravessam a experiência humana como um todo. Carl Jung (2019) observa, em sua obra, a existência de arquétipos que chamou de “*anima*” e “*animus*”, sendo o primeiro o “feminino” que em geral estaria no inconsciente do homem, e o segundo o “masculino”, que em geral estaria inconsciente da mulher. Ao que pude compreender a partir da leitura de Carl Jung, o “equilíbrio” ou a integração desses elementos é importante ou mesmo essencial na medida em que muitos dos problemas vistos em sua prática pareciam decorrer do não reconhecimento ou expressão desses elementos. Então, retornando ao encontro com Armando, suponho haver uma constante tensão para o “equilíbrio” dos papéis “pai/mãe” na medida em que, por exemplo, é preciso desempenhar o papel de provedor inabalável ao mesmo tempo que se desempenha o papel de cuidador. É preciso ser sensível às dores e às necessidades da filha, ao mesmo tempo que há interdição à demonstração de fraqueza.

Ao analisarmos o Armando “companheiro” lançando o olhar para sua relação afetiva, identificamos elementos que possivelmente contribuem para a produção do sofrimento. A esse respeito, Armando se “situa” em um lugar que é majoritariamente ocupado por mulheres: uma relação aparentemente abusiva permeada por diversas formas de violência. Parece-me importante demarcar essa singularidade, pois acaba produzir mais um exemplo de sofrimento masculino que se distancia daquele cristalizado no “macho que sofre”. Aqui, a (con)usão de elementos que comumente visualizamos de forma “separada” a partir da “di-visão” do mundo entre masculino e feminino parece escancarar suas limitações.

Assim, a partir da análise das dimensões “pai” e “companheiro”, parece-me razoável concluir que a compreensão do sofrimento de Armando requer o entendimento do masculino (ou mesmo do gênero de maneira geral) como plural e fluido. Aqui, vale resgatar a obra de Butler, que nos permite compreender o gênero como um “verbo”, uma performatividade, e não um fenômeno cristalizado em um binarismo irreal.

Então, retornando às dúvidas diante do sofrimento de Armando, entendo como pertinente o seguinte questionamento: em que medida o “afastamento” de uma abordagem “dura” baseada no diagnóstico e no uso do “ferramental habitual” da medicina e o deslocamento para um esforço de compreensão da “pessoa” de Armando e seus sofrimentos representa uma “alternativa” para o cuidado? Ou, em outras palavras: em que medida um cuidado centrado no

sofrimento avança em relação a um cuidado centrado na doença? A resposta parece estar em um entendimento do cuidado para muito além das tecnologias leveduras, visto que esse se dá também pelas tecnologias leves, ou seja, pelo encontro “vivo” com o outro e pela multiplicidade dessa interação. Para além disso, o esforço de compreensão de Armando e seus sofrimentos pressupõe um cuidado implicado que tem valor na medida em que favorece uma forma de cuidar que Luís Claudio Figueiredo (2012) chamou de *sustentação*, que tem o potencial de proteger o sujeito de uma “ruptura excessiva”. Seria, em uma linguagem coloquial, aquilo que Figueiredo descreveu como “segurar a barra” junto com a pessoa cuidada. Essa ideia de “ruptura” também está presente no conceito de sofrimento de Cassel que é entendido não só como o dano efetivo a um dos elementos que compõem a pessoa mas também como a ameaça desse dano. Figueiredo explica que, em geral, essa *sustentação* é oferecida por grupos como, por exemplo, a família. No caso de Armando, considerando a rede de apoio fragilizada, as demandas como “cuidador” e os conflitos no núcleo familiar, aposta-se no “encontro” e na relação de cuidado construída ao longo do tempo como uma via de *sustentação* para que atravesse as adversidades e, quiçá, facilite experiências de transformação após as “rupturas” sustentadas.

Há ainda, no esforço de compreensão de Armando, a possibilidade de uma forma de cuidar que Figueiredo chama de *refletir/espelhar* que, segundo o autor, tem o potencial de contribuir para a construção de sentido diante da instabilidade gerada pelo sofrimento e pode também favorecer uma experiência de integração. Em outras palavras, ao (re)conhecer Armando, é possível facilitar um processo de revelá-lo a si, de levá-lo de volta à sua própria imagem possivelmente fragmentada ou transformada por uma “travessia” permeada de adversidades. Esse (re)conhecimento do outro que pode ajudá-lo a (re)conhecer a si mesmo teria, assim, o potencial de favorecer aquela experiência de integração importante para a construção/manutenção do sentido.

Assim, não parece arriscado assumir que o cuidado centrado no sofrimento avança em relação ao cuidado centrado na doença na medida em que inclui aspectos da vivência e da experiência subjetiva de Armando. No entanto, embora Armando seja uma pessoa que sofre, sua vida não se encerra no sofrimento. Seguindo na compreensão da pessoa como um conjunto de incontáveis (e mutáveis) elementos, é possível localizar também aqueles que revelam a “potência de vida” de Armando. Marca-se, assim, a possibilidade de ampliar o cuidado para além da perspectiva centrada no sofrimento, incluindo também o cuidado baseado nessa potência de vida (MELO; MATTOS, 2018). Esta forma de cuidar se baseia na valorização da capacidade de viver e de produzir novos sentidos para a existência – o que não significa, claro,

negar o sofrimento. Vale lembrar que Armando é um homem que cuida sozinho de uma filha vivendo com deficiência auditiva e que não parece ter deixado de acreditar nas relações, mesmo diante das dores e dissabores que viveu e que ainda vive. É um homem que suportou e suporta inúmeras adversidades e que, apesar da “maré”, segue remando e (re)fazendo sua travessia. Não há aí muita potência de vida?

7.4 UM ENCONTRO DE PERTO A PARTIR DA DISTÂNCIA

Cauã, um homem negro, de 17 anos, alto, magro e com feições usualmente percebidas como belas, chegou para sua consulta conforme agendamento. Embora só o tivesse atendido uma única vez, pude perceber que ele era contido na expressão de suas emoções e, ao menos julgando-se por aquela interação, parecia tímido. Na ocasião recebeu o diagnóstico de HIV e, apesar de ter demonstrado certa tristeza, não se disse surpreso com a notícia. Contou-me que desejava iniciar o tratamento farmacológico e, por isso, forneci as receitas e os pedidos de exames conforme os protocolos vigentes. Pactuamos o retorno para avaliar os resultados e também para falarmos sobre a experiência com o tratamento da condição.

Chegado o dia, abri a porta para chamá-lo e o vi vestido com uniforme escolar no canto da sala de espera com uma postura retraída e olhando para baixo. Chamei-o e pedi que se sentasse: *Olá Cauã, como tem passado?* Sem olhar diretamente para mim, Cauã, respondeu: *Mais ou menos.* Tentando entender o motivo da resposta, segui: *Mas o que houve? Algum problema com os remédios? Conseguiu fazer os exames?* Ainda sem olhar diretamente para mim, respondeu: *Na verdade eu só tomei os remédios no primeiro dia... Depois parei... E também não fiz os exames.* Buscando seu olhar, perguntei: *Você sabe dizer o motivo para não estar tomando os remédios? Quer dividir comigo?* De soslaio respondeu: *Na verdade eu não estou me sentindo motivado. Sei lá... Para ser bem sincero, não sei nem se eu quero viver. E para que tomar esses remédios todos os dias? Eu não estou sentindo nada...* Com a voz mais baixa e lenta segui: *E tem tempo que você tem se sentido assim mais desmotivado e sem vontade de viver? Acha que tem relação com o diagnóstico da infecção pelo HIV?* Mantendo o olhar mais direcionado ao meu, respondeu: *Na verdade acho que só piorou mas já estava. Já tem um tempo que eu me sinto perdido, sozinho... Eu já não sou muito de dividir as coisas com as pessoas e parece que quanto mais triste eu vou ficando, menos amigos eu tenho.* Depois de alguns segundos de silêncio e uma inspiração profunda, segui: *E tem alguém na sua família com quem você pode conversar? Não sei se já te perguntei, mas você mora com quem?* Com lágrimas nos olhos, respondeu: *Moro só com a minha mãe. Na verdade a gente é até próximo,*

mas tem coisa que eu não me sinto bem de falar com ela. Gente como eu sofre... Às vezes tenho que fazer de conta que sou quem não sou. E do HIV, por exemplo, eu não tenho coragem de contar...

Eu já sabia que Cauã era homossexual porque perguntei sobre a orientação sexual na hora de preencher o formulário de notificação do HIV na consulta anterior. Perguntei-me se ele poderia estar se referindo à sexualidade quando disse que não falava de alguns assuntos com a mãe. Vencendo o receio de tocar em um assunto que não sabia se Cauã gostaria de abordar, segui: *Sua mãe sabe que você é gay? Você conversa sobre sexualidade com algum amigo?* Com as bochechas avermelhadas e novamente desviando o olhar do meu, Cauã respondeu: *Eu e minha mãe nunca falamos sobre isso. Na verdade eu acho que ela sabe mas nunca teve coragem de me perguntar. E em relação aos amigos, até tem um ou outro com quem converso sobre isso mas é raro. É que na verdade eu não sou muito de falar de mim nem do que sinto.* Um pouco inseguro, sem saber exatamente para onde seguir a conversa, continuei: *Entendi... e você sente falta de poder falar mais sobre a sua vida e sobre o que sente?* Levando rapidamente a mão ao rosto para conter as lágrimas que escorriam sobre as bochechas, respondeu: *É, acho que sim. Me sinto confuso, perdido... Sozinho.*

Nesse momento me lembro de ter sido invadido por memórias da minha própria adolescência. Lembrei do quão difícil era entender o que se passava dentro de mim e encontrar sentido nas dores. Me dei conta do quão grande devia ser a dor de Cauã. Meio homem meio menino lidando sozinho com todas as transformações e dificuldades da adolescência e, mais do que isso, com o fato de viver com HIV. Respirando fundo e me esforçando intensamente para não demonstrar a tristeza que surgira em mim, segui: *É Cauã... Deve ser difícil... Espero que pelo menos aqui nas nossas consultas você se sinta confortável para falar sobre você e sobre o que sente...* Cauã olhou em meus olhos e permitiu que um dos cantos dos lábios curvasse para cima em um sorriso tímido. Eu segui perguntando: *Gostaria de retomar uma questão... Quando você disse que não sabe se quer viver e por isso não se sente motivado a tomar os remédios, achei importante saber o quão forte está isso para você. Você tem pensado em se matar?* Cauã pareceu respirar fundo e respondeu: *Eu até já pensei em me matar. Na verdade, no dia que eu descobri o HIV eu pensei bastante. Mas não é algo que eu estou pensando não... É mais um desânimo para viver. Um desânimo saber que estou com uma doença que é para sempre...*

O primeiro “contato” com o sofrimento de Cauã se deu, em sentido metafórico, pelas lembranças das dificuldades de minha própria adolescência. Lembro-me de ter sido invadido por intensas emoções ao transportar-me para minhas experiências e os sofrimentos que as atravessaram. Ao realizar o fato de que Cauã poderia estar vivendo essa instabilidade

“intrínseca” da adolescência, porém, com prováveis “vetores” adicionais que poderiam intensificar todo o processo e, como se não fosse duro o suficiente, ainda lidar praticamente sozinho com a descoberta de que está vivendo com HIV, percebi o quão “distante” seu sofrimento estava de mim. Em linguagem coloquial, noto uma passagem do “sei como você se sente” para “não consigo nem imaginar como deve estar sendo para você”. Esse “distanciamento” do sofrimento de Cauã, que se tornou incomensurável, em um movimento que pode parecer paradoxal, me impulsionou para “perto” dele através da abertura para uma alteridade de intensidade rara, tornando a relação de cuidado ainda mais implicada. Penso que a impossibilidade de “dimensionar” o sofrimento de Cauã pode indicar a presença de singularidades relevantes para essa discussão, o que, somado ao impacto dessa “aproximação pelo distanciamento” em mim, influenciou na seleção deste encontro. Espero, a partir da identificação de “pontos de entrada” que permitam o diálogo com a teoria, encontrar formas (ou dimensões) para o sofrimento sem, claro, a expectativa de abarcar sua totalidade.

Assim, em primeiro lugar, parece-me importante explorar as razões pelas quais parto do pressuposto que existe certa instabilidade “intrínseca” na adolescência – o tal “ponto de encontro” de minhas experiências com as de Cauã. Sabe-se que essa fase da vida é marcada por constantes e por vezes abruptas modificações psicológicas, físicas e sociais. É um período permeado por contradições, conflitos e ambivalências. Essas podem ser decorrentes, por exemplo, de necessidades por vezes conflitantes como as da vida familiar e da socialização, da dependência e da independência, da transformação e da manutenção (MOREIRA; BASTOS, 2015). Não assumo aqui que essa inclinação das forças da psique de se chocarem contra si próprias, contribuindo para a produção do sofrimento, seja um fenômeno exclusivo da adolescência. Ao invés disso, entendo que particularidades dessa fase da vida acentuam esses “vetores” do sofrimento humano.

Partindo desse pressuposto, a própria ideação suicida ocasional na adolescência não é entendida como anormal, mas como parte do processo de desenvolvimento e tende a surgir à medida que a pessoa lida com questões existenciais como a tentativa de compreensão da vida, da morte e do significado da existência (ORES *et al.*, 2012). A intensidade e a profundidade desses pensamentos, além do contexto em que surgem, são fatores que ajudam a traçarmos a linha que separa o “normal” do “patológico” (BORGES; WERLANG; COPATTI, 2008). Cabe destacar que o desejo de morrer pode ser considerado como um “portal” para um comportamento autodestrutivo e, retornando o olhar para Cauã, identifico um perigo com maior potencial de dano, visto que pode não só levar a atos efetivos contra a própria vida (tentativas de suicídio propriamente ditas) como pode incliná-lo a uma passividade diante da infecção pelo

HIV, através do não tratamento e acompanhamento da condição, tendo, em seu caso, possíveis consequências severas. Assim, embora a instabilidade e as ideações suicidas sejam, em certa medida, esperadas na adolescência, no caso de Cauã essas ideações ganham outro dimensionamento e, por isso, parece-me relevante explorarmos a problemática do suicídio na população masculina e os possíveis diálogos com a vivência de Cauã.

Sabe-se que o suicídio entre homens é mais frequente do que em mulheres. Segundo dados da OMS, a taxa de óbitos por suicídio entre os homens é 3,5 vezes maior do que entre mulheres em países de alta renda, e 1,6 vezes superior em países baixa e mediana renda (OMS, 2014). Acredita-se que a necessidade de conformidade com referenciais hegemônicos pode levar ao silêncio e ao isolamento como formas de demonstração de autossuficiência, ao distanciamento da família como símbolo de emancipação identitária. Tais fatores, somados às vivências em espaços de socialização violentos, parecem contribuir para o sofrimento psíquico de homens e, em consequência, para o comportamento suicida (SANTOS; CASTEJON, 2016). Embora tais explicações pareçam nos levar à compreensão das razões pelas quais homens heterossexuais e que performam o gênero de maneira “alinhada” às normatizações hegemônicas estão mais susceptíveis ao suicídio, acredita-se que nas sexualidades “dissidentes” esses fatores não só estão presentes como se intensificam, seja pelo silenciamento dos desejos ou pelas punições contra a expressão de traços socialmente considerados como femininos (BAÉRE; ZANELLO, 2020).

Embora exista um número razoável de publicações que abordam o suicídio contemplando a diferença entre os sexos, há poucos trabalhos que investigam a associação entre sexualidades dissidentes e o comportamento suicida (SILVA; BARBOSA, 2014). Recorrendo a publicações internacionais, é possível identificar estudos que apontam para maior vulnerabilidade ao suicídio entre pessoas que se declaram homossexuais ou bissexuais, observada pela presença de sintomas depressivos, ansiosos e pela homofobia internalizada (WANG *et al.*, 2014; PLÖDERL *et al.*, 2014). No âmbito nacional, parece-me relevante destacar os achados de Baére e Zanello (2020), que analisaram histórias de vida e vivências de homens *gays*, bissexuais e heterossexuais que manifestaram o comportamento suicida. Os autores identificaram que “espaços de socialização” exerceram influência negativa na saúde mental de jovens *gays* ou bissexuais entrevistados devido às experiências de violência, exclusão e à ausência de espaços de acolhimento na infância e na adolescência. Além disso, os autores destacaram a experiência de “não pertencimento” como outro importante indutor de sofrimento entre homens *gays* e bissexuais. Essa experiência parece surgir na medida em que situações de violência e preconceito vindas “de fora” são “internalizadas” e há a tomada de consciência da

“diferença”, do “não pertencimento”, que, por sua vez, podem levar ao isolamento efetivo e à fragilização das redes de apoio.

Retornando o olhar para Cauã, não parece arriscado supor que, em alguma medida, tais “vetores” para o sofrimento estão presentes em sua vida ao considerarmos falas como: *“Gente como eu sofre... Às vezes tenho que fazer de conta que sou quem não sou”* e *“em relação aos amigos, até tem um ou outro com quem converso sobre isso mas é raro. É que na verdade eu não sou muito de falar de mim nem do que sinto.”*

Até aqui exploramos questões relacionadas à fase de vida de Cauã e à sexualidade, mas que outros elementos podem levar às singularidades de seu sofrimento? O que mais contribui para que esse sofrimento seja de difícil dimensionamento para mim? Neste momento, parece-me importante lembrar do fato de que Cauã não é só um homem jovem. Mas um homem jovem, negro e morador de uma favela. Torna-se relevante, assim, trazer o olhar interseccional para a abordagem de marcadores sociais da diferença em conjunto, o que, por sua vez, possibilita a compreensão do “todo” das desigualdades e outras adversidades que tende a ser mais complexo e intenso do que a “soma das partes”. Sabemos, por exemplo, que ser pobre, negro e morador periférico tende a colocar a pessoa em uma condição de maior propensão à violação de direitos sociais, como a participação social efetiva e o próprio acesso à saúde. Isso por si só já tende a produzir um sem-número de dificuldades que, a depender do modo como se operam, podem constituir um “vetor para o sofrimento” – me parece que muitas das “correntes” contra as quais Armando tem que remar constituem também uma correnteza para vida de Cauã.

Assim, cabe destacar os achados de Oliveira e colaboradores (2020), que exploraram como marcadores sociais da diferença como classe social, raça/cor e gênero reproduzem modos de vida próprios aos homens jovens e como esses modos de vida refletem sistemas de desigualdade social com impacto em processos de saúde, doença e cuidado. Segundo os autores, ficou evidente que os participantes da pesquisa compartilham “desvantagens” sociais que não se reduzem a um único marcador social da diferença, mas vários, que se entrelaçam e atuam de forma complexa na produção de desigualdades. E, no que diz respeito à performance das masculinidades, identificaram que os padrões determinados pela estrutura social e as representações simbólicas hegemônicas influenciam nas construções de masculinidades dos jovens. Os autores observaram que a performance de masculinidades desses jovens tende a ser estereotipada e relacionada às concepções daqueles que estão “de fora” como a mídia, os policiais e moradores externos ao território. Assim, essas construções de masculinidades, na medida em que são “introjetadas” pelos jovens a partir dessas concepções “de fora”, tendem a se aproximar de dimensões de criminalidade e violência.

Aqui, vale retornarmos às experiências negativas de homens *gays* e bissexuais em relação ao espaço de socialização que parecem ser “indutores” de sofrimento e parece-me oportuna a reflexão: como é para Cauã performar a masculinidade em um ambiente de provável acentuação dos traços violentos dos masculinos? Em que medida isso pode ou não tornar o “espaço de socialização” ainda mais adverso e adoecedor?

Por fim, entendo ser fundamental trazer o olhar para o fato de que Cauã vive com HIV. Isso porque a infecção tem o potencial de ser um indutor para o sofrimento – inclusive há sinais disso no encontro com Cauã. Afora essa questão, como já mencionei, o sofrimento pode ser um dificultador para o seguimento e tratamento da condição na medida em que pode levar a um comportamento autodestrutivo. Assim, para explorar essas questões ligadas ao HIV, parece-me oportuno trazer a lente conceitual do estigma, dado que tem o potencial de permitir, em alguma medida, a compreensão da infecção enquanto “vetor” para o sofrimento. Então, ao buscar trabalhos na literatura científica foi possível identificar – sobretudo a partir da obra de Richard Parker e Peter Aggleton (2003) – que as discussões acerca do estigma no contexto do HIV em geral partem do trabalho de Goffman que, segundo os autores, é definida como um atributo que confere significativo descrédito à pessoa que, nos olhos da sociedade, torna-se “inferior”. Esse atributo ou “diferença indesejável” tende a levar a sanções por parte da sociedade o que, por sua vez, contribui para uma “identidade deteriorada (do inglês *spoiled*)”.

Mais do que ser compreendido como um atributo “fixo” da pessoa, os autores destacam uma leitura do trabalho de Goffman (1963), que permite compreender o estigma como um fenômeno que desvaloriza (ou danifica) as relações e que (re)produz relações de poder e de controle levando e/ou acentuando iniquidades sociais e diversas formas de exclusão da pessoa estigmatizada. Ora, retornando o olhar para Cauã, o fato de viver com o HIV pode contribuir para deteriorar suas já fragilizadas relações, potencializar as possíveis violências nos “espaços de socialização” e interagir de modo sinérgico com os marcadores sociais de diferença que discutimos no parágrafo anterior, produzindo uma exclusão brutal, que pode levar ao isolamento efetivo e a uma solidão insuportável.

Assim, o encontro com Cauã revela um sofrimento masculino que se afasta e muito do estereótipo do “macho que sofre” e permite compreender a multiplicidade e a complexidade desses sofrimentos. O diálogo com a teoria permitiu algum grau de compreensão do ainda incomensurável sofrimento de Cauã. Ao final, torna-se evidente a importância da equipe de saúde da família enquanto parte da rede de apoio escassa e fragilizada do jovem. Penso, como parte de resposta à problemática, ser importante realizar ações comunitárias e criar espaços que favoreçam a desconstrução de estigmas e a construção de experiências positivas para jovens

com diálogos acerca da sexualidade têm relevância. É fundamental destacar que o encontro com Cauã é singular, mas há muitos outros jovens com sofrimentos que se assemelham aos dele em regiões de pobreza material da cidade.

7.5 UM ENCONTRO COM O SOFRIMENTO MASCULINO “LEVADO” PELA MULHER

Em meio a um dia atribulado, de grande pressão assistencial, com suor correndo no rosto (já era quase verão no Rio de Janeiro e estávamos sem ar-condicionado) e experimentando certa vertigem por conta da pressa e dor calor, saio do consultório entre um atendimento e outro para buscar água e, no caminho, Marinete (uma mulher, negra, magra, de baixa estatura e com trinta e poucos anos de idade) me toca no ombro e diz: *Rafael, preciso falar com você!* O vínculo construído ao longo dos anos que permitiu a aproximação por parte dela também fez com que eu pudesse perceber que a situação era séria: Marinete em geral tinha um semblante mais leve e, naquele dia, tinha olhos de preocupação. Perguntei então se poderíamos falar ali mesmo no corredor e ela logo disse que seria melhor se fôssemos para o consultório. Pedi que ela esperasse eu buscar a água e, na volta, bati em seu ombro e disse com a voz apressada: *vamos lá?*

Ao chegar no consultório, Marinete mal aguardou o fechar das portas e disse: *Rafael, você precisa me ajudar. O Michael, meu marido, anda muito nervoso e não para de cheirar!* Com certa pressa respondi: *Mas aconteceu alguma coisa? Isso foi do nada?* Marinete então disse: *Acho que é estresse do trabalho... Mas a verdade é que eu não sei ao certo, o Michael não fala muito.* Perguntei então se ele estava desempregado ou se houve alguma mudança no trabalho. Marinete respondeu com voz firme: *Ele é do movimento e agora virou gerente. É muito estresse na cabeça!*

Respirei fundo, pensando que o fato de Michael ser traficante de drogas poderia trazer alguns desafios adicionais para o cuidado, como por exemplo, a logística de ida à unidade. Perguntei então se ele conseguiria vir na semana seguinte para uma consulta. Marinete respondeu: *Ah, mas ele vem sim. Pode marcar aí que eu trago ele nem que seja pela orelha!*

Na semana seguinte, ao abrir a porta para chamar o próximo paciente, vi que Marinete aguardava na sala de espera junto de seu marido. Ele, um homem negro alto e forte com sobrancelhas franzidas que revelavam certo desconforto e com as pernas inquietas, movendo-se para cima e para baixo, em alta velocidade, que indicavam inquietação.

Chegou a vez de Michael, fui à sala de espera e o chamei pelo nome. Marinete foi quem respondeu: *Estamos aqui, Rafael!* Dei o bom dia de costume e pedi que entrassem e, quando minhas mãos tocaram a maçaneta para fechar a porta logo ouvi Marinete: *Rafael, você tem que*

ajudar esse homem. Ele está muito nervoso e não para de cheirar! Tentei lançar um sorriso calmo aos dois para suavizar a fala: *Marinete, preciso que você deixe o Michael falar. Essa consulta é dele, compreende? Inclusive, espero que não se ofenda, mas preciso perguntar para o Michael se ele quer que você esteja presente.* Sem olhar para meus olhos, Michael respondeu firme: *Eu não vou saber falar, não. É melhor que ela esteja aqui!* Respondi que tudo bem e, com a cadeira virada para Michael, perguntei: *Como posso te ajudar?* Depois de alguns segundos, Marinete quebrou o silêncio que sucedeu à pergunta: *Eu já disse doutor, ele anda é nervoso e cheirando muito!* Percebendo que essa seria a dinâmica da consulta (Marinete muito mais ativa do que eu esperava ou desejava), decidi seguir: *você concorda, Michael? Anda mesmo nervoso e cheirando muito?* Michael, ainda sem olhar para mim respondeu: *sim! Então perguntei: e por que você acha que isso está acontecendo?* Michael disse: *Sei não, doutor.* Eu, então, segui: *Tem certeza? Nada mudou na sua vida recentemente? Algum estresse recente?* Marinete moveu sua mão velozmente de encontro ao ombro de Michael, dando-lhe um tapa, e disse: *Fala homem... o trabalho está pesado ou não?* Michael então confirmou que havia assumido um cargo de gerência e, com isso, passou a ter mais responsabilidades. Não disse exatamente que isso o estava deixando ansioso mas confirmou ter aumentado o consumo de cocaína. Tentei insistir um pouco: *Michael, você tem se sentido sobrecarregado com as novas atribuições? Além da cocaína, tem alguma outra coisa que você faz para aliviar as tensões do dia a dia?* Michael, olhando para mim pela primeira vez durante aquele encontro disse: *Acho que tenho ficado mais tenso sim. Agora me irrita muito fácil e acabo cheirando muito.* Insisti na pergunta: *E o que você faz para relaxar além de cheirar cocaína?* Michael nada respondeu. Marinete dessa vez não falou; apenas olhou para mim elevando as sobrancelhas e torcendo os lábios. Então perguntei: *Vocês acabam brigando?* Um longo silêncio se seguiu à pergunta até que Marinete disse: *Sim, a gente já brigava antes, mas agora está pior. Ele desconta o estresse em mim e na filha e eu também já estou sem paciência por conta dessa cheiração!* Depois de uma inspiração profunda, perguntei: *Vocês se agridem?* Houve mais um longo período de silêncio que Marinete encerrou dizendo: *Não, isso não.* Marinete sempre olhava para meus olhos ao falar e, nesse momento, olhava para o chão. A convicção que expressava com sua expressão em todas as falas não esteve presente naquele momento. Decidi então insistir: *Então as brigas ficam mais nas palavras? Nem às vezes um bate no outro?* Dessa vez o silêncio não foi quebrado. Marinete balançou discretamente a cabeça em sinal “negativo” ainda sem olhar para mim. Embora não estivesse convencido da verdade das respostas, achei que seria melhor seguir a investigação em outros atendimentos, inclusive em encontros somente com Marinete. Perguntei então o que esperavam da minha ajuda, se haviam pensado em algo. Michael

respondeu que queria apenas uma solução para aliviar o estresse e “cheirar menos”.

Nesse momento, voltei a atenção a mim algumas dezenas de segundos para pensar no que fazer. Será que uma medicação ajudaria? E se eu agendasse um matriciamento com a psicóloga do NASF? Eu estou com muita dificuldade de estabelecer uma interação mais profunda e a abordagem da psicologia pode ser extremamente útil... Mas será? Um gerente do tráfico aceitaria uma consulta com uma psicóloga mulher? E se ele se ofendesse com a sugestão? Decidi vencer o medo e falei de forma bem direta: *A gente tem uma psicóloga muito boa aqui e nós fazemos alguns atendimentos juntos. O que acham de continuarmos essa conversa com ela semana que vem?* Marinete logo respondeu: *Pode marcar que ele vem!* Respirei fundo e tentei retomar o sorriso calmo do início da consulta: *Você aceitaria, Michael?* Novamente sem olhar para mim, Michael respondeu: *pode ser.*

Um ponto de partida possível para a discussão e análise do encontro com o sofrimento de Michael é o fato de ter sido, em larga medida, realizado por intermédio de sua companheira. A partir do encontro descrito, fica claro que Marinete exerceu o papel de “porta-voz” das dores de seu marido. Essa singularidade na expressão me parece relevante na medida em que permite uma abordagem do sofrimento masculino que não “isola” o homem no campo de análise, além de permitir explorar não só as dificuldades de homens buscarem auxílio quando sofrem, mas também os desafios para mulheres que, não raro, têm que cuidar de si, de filhos e também de homens adultos – sejam eles companheiros, pais ou outros parentes. Assim, parece-me relevante direcionar esforços para a identificação das razões pelas quais Marinete precisou exercer esse papel de “porta-voz” e, mais do que isso, em sentido metafórico e partindo de uma fala da própria Marinete, teve de “levar Michael pelas orelhas”. Para a compreensão dessas razões, penso ser oportuno explorar dois tipos de “vetores”: aqueles que possivelmente afastam Michael dos cuidados de saúde e os que podem impelir Marinete a assumir o papel de cuidadora.

Iniciando-se pelos “vetores” que parecem distanciar Michael da busca por ajuda, penso ser relevante explorar a possível relação entre a resistência ao “cuidar de si” e as construções de masculinidades. Para tanto, recorro à obra de Courtenay (2000), na qual é possível compreender que concepções de gênero influenciam no comportamento de homens e mulheres na medida em que tendem a se orientar por estereótipos ou “padrões” e, a partir de sua (re)produção com base em ações, (re)constroem o gênero relacional e socialmente. Embora essas construções se deem com base em questões culturais e subjetivas que, por sua vez, estão relacionadas ao período histórico e a elementos contextuais (KIMMEL, 1992), os “padrões” de gênero masculino tendem a estar associados a noções do homem como autossuficiente, forte e viril. Isso, por sua vez, faz com que comportamentos como a negação de sofrimentos, de riscos

e de necessidades em saúde sejam formas de construir/demonstrar o gênero e meios pelos quais homens se diferenciam de mulheres – isso porque o cuidado de si e a evitação de riscos tendem a ser vistos como uma “característica” feminina.

Parece-me importante destacar, ainda, que embora homens tenham certa tendência a se orientar por ideais de masculinidade semelhantes, as formas de demonstração de gênero não estão igualmente distribuídas, mas parecem variar em função do contexto socioeconômico. Por exemplo: em um contexto de riqueza material, a demonstração de masculinidade e de poder (que no patriarcado tendem a estar diretamente relacionados) pode se dar através de bens ou do *status* associado à posição social. Isso, por sua vez, pode “atenuar” a necessidade de outras formas de demonstrações da masculinidade, como a violência ou mesmo o não cuidado de si. Esses tendem a ser mais “facilmente disponíveis”, como demonstrou Kimmel (1992), e portanto, podem estar mais presentes na vida de homens pobres. A própria forma de expressão de um mesmo “referencial” pode variar de acordo com o contexto. Por exemplo: homens ricos podem demonstrar a “ausência de medo” através da prática de determinados esportes radicais que, para um homem pobre, podem não estar “disponíveis”, o que, por sua vez, pode favorecer a expressão dessa ausência de medo através de comportamentos como a violência interpessoal ou mesmo da negação completa de cuidados em saúde (COURTENAY, 2000).

Retornando o olhar para Michael, um homem negro, pobre e morador de favela, parece-me razoável concluir que o “repertório” disponível para a demonstração das masculinidades hegemônicas pode ser limitado ou modulado de modo a ampliar o “vetor” que o afasta dos cuidados em serviços de saúde.

Embora tenha explorado questões ligadas ao comportamento que ajudam na compreensão da aparente resistência em buscar ajuda por parte de Michael, parece-me importante direcionar a análise também para aspectos relacionados ao reconhecimento e às “respostas” aos sofrimentos, pois, para que Michael busque auxílio, é necessário, em certa medida, que reconheça suas “dores” e que tenha inclinações a agir de maneira salutar ou, em uma perspectiva menos otimista, de modo menos danoso. Para tanto, penso ser útil explorar aspectos relacionados às emoções masculinas na medida em que podem auxiliar na identificação de singularidades que, por sua vez, têm o potencial de contribuir para a compreensão daquelas relações de Michael com seus sofrimentos.

Recorro ao livro organizado por Juan Carlos Ramírez Rodríguez (2021), intitulado *Hombres, masculinidades, emociones*, que já nas primeiras páginas destaca a importância de compreendermos as emoções não só como fenômenos intrapsíquicos, mas também como socialmente configuradas, transmitidas por meio de códigos, moldadas por convenções sociais,

crenças e pelo contexto sócio-histórico. Assim, o autor afasta-se da visão de homens como essencialmente pouco expressivos emocionalmente que tem, não raro, conotação de estigma e/ou “determinação biológica”. Nessa direção, Rodríguez destaca o trabalho de Hochschild (1990), que considera que as emoções estão sujeitas a normas (*feeling rules*) que estabelecem o que deve ser sentido e vivenciado nas diferentes situações e, também, a intensidade e duração das emoções. Hochschild também destaca que essas normas socialmente construídas modulam a forma como as emoções são apresentadas, bem como o comportamento relacionado a essas emoções (*display rules*). Assim, trazendo o olhar para as masculinidades, entende-se que podem influenciar na configuração de tais “normas” na medida em que processos de regulação e expressão das emoções fazem parte da construção e performatividade das masculinidades. Destaca-se como consequência dessa regulação, a repressão ou restrição emocional, que pode ter impactos negativos para a vida e a saúde de homens.

No caso de Michel, a possível repressão da tensão emocional pode não só afastá-lo dos serviços de saúde, mas também favorecer comportamentos danosos como o abuso de substâncias e a agressividade. Isso porque estas podem ser vistas como formas de lidar com as emoções que, não raro, estão mais alinhadas com padrões hegemônicos de masculinos. Em outras palavras: seria assim que “homens de verdade” deveriam agir quando “tensos”. Retornando à obra organizada por Rodríguez (2021), encontra-se, inclusive, menção à correlação entre tensão emocional e a modulação dessas emoções como componentes importantes para a explicação das razões pelas quais homens cometem crimes. Em conclusão, a relação e as respostas de Michel às suas tensões emocionais podem contribuir não só para que deixe de buscar ajuda diante dos sofrimentos, mas também para prejuízos “diretos” à sua vida, na medida em que podem levar a uma maior “inclinação” a atos criminosos e também ao aumento do consumo de drogas.

Pois bem, até aqui explorei algumas das questões que explicam a dificuldade de Michael comparecer, de forma ativa, à unidade de saúde. No entanto, nota-se que a abordagem foi centrada em aspectos ligados de forma mais direta à Michael, a partir das relações entre masculinidades, comportamentos e emoções. No entanto, há que se considerar que além das percepções centradas nos comportamentos de sujeitos, há visões que reconhecem as unidades da APS como sendo também “causa” das dificuldades de acesso por parte de homens. Nessa direção, de acordo com Figueiredo (2005), homens podem se sentir pouco “convidados” a frequentar as unidades por considerá-las espaços feminilizados, frequentados principalmente por mulheres e compostos por equipes, em sua maioria, formadas por profissionais do sexo feminino. Para além disso, Figueiredo (2005) explica que há carência de programas ou

atividades direcionadas especificamente para a população masculina, o que também pode explicar o “esvaziamento” de homens da APS. Embora o texto que descreve o encontro com Michael e Marinete não evidencie aspectos feminilizados do entorno ou a composição das equipes da UBS onde atuava, recordo-me de alguns elementos que me levavam a essa percepção como, por exemplo, um grande cartaz de uma mulher amamentando seu filho na parede do consultório. Além disso, há que se dizer que quase a totalidade dos profissionais da unidade era, de fato, do sexo feminino – o que inclui a profissional psicóloga do NASF que participou do cuidado nos encontros seguintes. Assim, a estrutura do serviço, a escassez de programas direcionados à população masculina e a presença majoritária de mulheres podem ter contribuído para que Michael se sentisse menos inclinado a buscar a unidade de forma “ativa”. Há que se dizer, contudo, que há aqui um grau significativo de especulação, dado que é provável que nem todos os homens percebam o espaço como feminilizado, daqueles que percebem nem todos se sentem desconfortáveis em ambientes com essa característica e, por fim, nem todos os homens têm desconforto diante de profissionais mulheres – inclusive, o desconforto em envolver uma profissional psicóloga mulher no cuidado pode estar muito mais associado a questões ligadas a mim do que a Michael.

Até aqui, explorei questões relacionadas a Michael e a “vetores” que possivelmente contribuem para afastá-lo dos cuidados de saúde; porém, como mencionado inicialmente, parece-me oportuno abordar também os “vetores” que podem atuar de modo a incitar Marinete a exercer o papel de cuidadora. Assim, recorro ao capítulo de livro escrito por Lucila Scavone (2005), intitulado “O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir”, no qual a autora parte do pressuposto de que relações sociais de sexo/gênero atravessam todos os campos sociais (inclusive o da família) estruturando e organizando, em larga medida, o conjunto da sociedade e definindo “papéis” de homens e mulheres. Segundo a autora, essas relações sociais de sexo/gênero culminam naquilo que chamou de “trabalho das mulheres pela saúde”, já que, com base naqueles papéis definidos socialmente, cabe à mulher a responsabilidade dos cuidados em saúde da família. A autora destaca que o cuidado exercido pelas mulheres não se restringe à concepção, mas se estende à gravidez, se intensifica na presença da criança e estende-se ao longo da vida, passando pelo cuidado de cônjuges e culminando na atenção às pessoas idosas.

Uma questão que merece destaque é que, segundo se observa a partir da leitura do texto, esse trabalho de cuidados é dificilmente reconhecido e valorizado enquanto tal, na medida em que envolve afetos e questões de vida e de morte. É, como descreveu Cresson (1991), um “trabalho sanitário profano”, que consiste em um trabalho voltado para saúde dentro da família e não remunerado. Assim, direcionando o olhar a Marinete, parece razoável assumir que aqueles

“papéis” socialmente definidos contribuam para que se sinta inclinada (ou mesmo responsável) a assumir os cuidados de Michael e, se preciso, “levá-lo pelas orelhas” ao serviço de saúde. Cabe questionarmos em que medida os desgastes inerentes a esse tipo de trabalho e a possível falta de reconhecimento ou valorização contribuem para a produção de sofrimentos também em Marinete. Tem-se, assim, uma possível zona imbricada de sofrimentos de gêneros masculinos e femininos em que a abordagem do masculino tem o potencial de afetar de maneira direta e positiva o feminino.

Assim, encaminho-me à conclusão desta discussão após explorar elementos que constituem os “vetores” que afastam Michael dos cuidados de si e aqueles que parecem conduzir Marinete ao cuidado de seu marido. Em relação aos primeiros, destaco o comportamento como meio de (re)produção do gênero que acaba por tornar o ato de resistir à busca por ajuda uma forma de “performar” o masculino; a regulação das emoções e de suas formas de expressão como forma de “configurar” o gênero e a estruturação da APS que parece carecer de elementos que estimulem a presença de homens nos serviços. Já em relação aos “vetores” que penso agir sobre Marinete, destaco o papel de “cuidar” socialmente atribuído às mulheres.

Como possíveis soluções para a problemática apresentada, sobretudo em relação aos “vetores” que agem sobre Michael, penso que passem pelas abordagens individuais e pela criação/fortalecimento de espaços coletivos que favoreçam experiências de masculinidades que não impliquem restrições de emoções. Entendo que isso poderia beneficiar homens na medida em que facilitaria uma experiência de viver como sujeitos de masculinidades mais humanas, permitindo a “liberação” de energia emocional que, se “restrita”, poderia se expressar de forma mais abrupta e violenta, além de afastar aqueles que sofrem do cuidado de si. Partindo-se do pressuposto que o “repertório emocional” de homens não é um atributo constitutivo do sexo ou mesmo do gênero é possível (re)pensarmos as relações entre gênero e emoções “liberando” homens das amarras das normatizações socialmente construídas. Para além das ações voltadas a homens de forma “direta”, cabe destacar o papel de profissionais de saúde e gestores do SUS na criação de ambientes e programas que consideram as singularidades e necessidades dos homens.

7.6 UM ENCONTRO COM O SOFRIMENTO MASCULINO NA MULHER

*Enfim, o filme acabou pra você
A bala não é de festim, aqui não tem dublê
Para os mano da Baixada Fluminense à Ceilândia
Eu sei, as ruas não são como a Disneylândia.
Racionais MC's*

Ian tinha 15 anos. Ele tinha a pele parda e era muito bonito. Um menino bom e amado por toda a família. Carinhoso que só... Mesmo com todas as dificuldades financeiras, a família se apertava e dava o que ele queria: roupas da moda, tênis, celular... Um verdadeiro príncipe. Não sei se foi má influência de amigos ou se foi mesmo inocência, coisa de jovem que ainda sabe pouco da vida. O que sei é que falei, falei muito com ele que não tinha a menor necessidade de fazer aquilo. Para quê? Nunca faltou nada para ele. A sua casa não é de rico mas é arrumada: tem televisão, geladeira, ar condicionado... tudo certinho. Na verdade, é uma das melhores da área. Fica difícil entender... Para quê? Para quê?

Não tem muito tempo eu e a mãe dele nos sentamos com ele para conversar. Ele disse que a gente estava exagerando e que na verdade toda essa história era um grande mal-entendido. Ele contou que nem amigos eram. Eram amigos de amigos e, por estarem por perto de vez em quando, o povo acabava tirando conclusão errada.

É uma questão complicada... Morando em favela mistura tudo: quem se envolve e quem não? Como separar isso? Eles crescem juntos e aí um entra, depois o outro. Vai deixar de ser amigo?

A mulher que narrava a história era Adalzira. Uma paciente de cinquenta e pouco anos que compareceu algumas vezes à clínica para tratar de questões de saúde pontuais em um passado relativamente recente. Eu sabia que ela tinha um neto de quem cuidava mas nunca havíamos falado com profundidade a seu respeito. Naquele momento, não consegui identificar exatamente a razão pela qual falava sobre ele mas notei que Adalzira tinha um olhar de desespero e seus cabelos estavam inusualmente desarrumados, o que me despertou certo estranhamento, pois das outras vez que a vi tinha uma aparência muito “alinhada”: cabelos cuidadosamente penteados, maquiagem... Naquele momento ela olhava para mim como se estivesse esperando uma resposta à última pergunta. Eu nada disse até que ela interrompeu o silêncio: *Na semana passada, logo de manhã, o telefone tocou... UM TIRO! UM TIRO NO PEITO DO MEU MENINO!*

O tiro acertou o peito de Ian. No momento em que foi disparado, interrompeu a sua vida

e, naquele instante, quando narrado, interrompeu a fala de sua avó. Ela ficou ali parada diante de mim com os olhos mais tristes que vi em minha vida. Depois de alguns segundos que senti como muitos minutos, ela retomou o relato: *Um desastre doutor, um desastre! A mãe dele o senhor conhece, já não é boa da cabeça... toma um monte de controlado. Agora então, está em cacos, nem consegue falar. Ela está precisando muito de ajuda. Não consegue nem sair de casa... Por conta disso, acabei tendo que resolver de tudo. Na verdade, por conta dos problemas dela eu sempre fui a mãe dele. É isso... O Ian sempre me chamou de mãe. É muita dor, você não imagina como foi ter que ir lá reconhecer o corpo do meu príncipe com um furo... Um furo enorme no peito! Um menino tão amado, tão bom... Me ajuda? me ajuda? Preciso de alguma coisa para dormir.*

Nessa hora um silêncio tomou conta da sala mais uma vez. Fui invadido por uma tristeza tão profunda, tão densa, que mover qualquer parte do meu corpo se tornou difícil. Tudo que fazia era olhar para Adalzira. Era como se tivesse sentido uma fração, uma pequena dose daquela enorme dor. A dor de uma avó e mãe que perdera seu neto que também era filho. Nada, nada que eu pudesse dizer ou fazer parecia caber naquele momento. Nenhuma recomendação ou prescrição parecia fazer sentido. Aquela tristeza não cabia em Adalzira, não cabia naquele consultório, não parecia caber na vida. Tudo mais que consigo lembrar é a pergunta que fiz a mim ecoando em minha cabeça: *Como ajudo? Como ajudo? Como ajudo...?*

A (re)construção desta memória não encerra este percurso cartográfico por acaso. Não há aqui um respeito à cronologia dos encontros. Uma das razões pelas quais optei por finalizar com os encontros com Michael e Ian foi para demarcar que os sofrimentos masculinos e as questões relacionadas à saúde dessa população não se encerram em homens. No caso de Michael, eu o conheci porque foi “levado” pela mulher, já no caso de Ian nosso “encontro” não se deu de forma direta, mas a partir do sofrimento de Adalzira, a mãe/avó do jovem. Assim, é possível identificar em ambos os encontros uma zona imbricada de sofrimentos masculinos/femininos.

Tal fato não revela somente a indissociabilidade de sofrimentos “gendrados”, mas também os limites do isolamento de homens enquanto categoria analítica. Essa indissociabilidade parece existir na medida em que o sofrimento, assim como a experiência humana em uma perspectiva mais ampla, tem uma inegável dimensão intersubjetiva. Tal fenômeno se torna mais evidente quando partimos do entendimento do sofrimento como uma ameaça ou dano à pessoa e da pessoa como constituída de incontáveis elementos, dentre eles a história, a família e outros tantos que são formados, em larga medida, por relações humanas. Assim, penso que o “recorte” das questões de saúde e dos sofrimentos de homens foi um

necessário recurso de “abstração” que permitiu explorarmos e compreendermos certas singularidades relevantes para o cuidado. No entanto, penso ser também necessário um esforço de “retorno” a uma perspectiva mais ampla que conduza à compreensão da natureza rizomática dos fenômenos (DELEUZE; GATTARI, 1995). É assim que constatamos ou lembramos que os sofrimentos humanos que conseguimos enxergar de maneira isolada na realidade estão ligados a outros e estabelecem conexões sem início ou fim, sem centro ou periferia (assim como rizomas).

Trazendo o olhar para Adalzira, seria possível isolarmos os aspectos “gêndrados” de seu sofrimento como, por exemplo, a dor de uma mãe/avó que perde seu filho/neto. Já há aqui uma série de elementos que merecem ser explorados como as razões pelas quais essa dor (sobretudo a da mãe) é comumente percebida como uma das piores que um ser humano pode vivenciar. No entanto, considerando os objetivos deste trabalho, não pretendo abordar o sofrimento de Adalzira ou singularidades de sofrimentos femininos em si, mas sim, a conexão com questões relacionadas à saúde do homem e com os sofrimentos masculinos.

Sendo assim, um elemento desse “ponto de conexão” que penso ser relevante explorar é o principal vetor de morbimortalidade de homens jovens brasileiros e, em consequência, de sofrimento para tais jovens e seus familiares, o que, por sua vez, faz com que esteja na raiz de muitas das “dores de mães/avós”: as chamadas causas externas. Essas causas são chamadas externas por não estarem ligadas a fatores biológicos como doenças genéticas raras ou o entupimento de artérias. Nesses casos, o agressor vem de “fora”, seja um carro ou, como no caso de Ian, uma bala de fuzil. É importante notar que assim como doenças genéticas tendem a acometer certas populações, as causas externas também afetam determinados grupos de indivíduos. A diferença é que neste caso não é um gene que determina o acometimento, mas um conjunto de elementos socialmente configurados como o próprio gênero, a cor e o nível socioeconômico. Digo isso porque seria absurdo concluir que fatores “internos” (ou biológicos) determinam as taxas de mortalidade entre homens negros maiores que as dos brancos, especialmente na faixa etária entre 15 e 29 anos. Ou também que o fato de o homem atingido por causas externas no Brasil ser predominantemente negro é determinado por fatores “internos” (BRASIL, 2006). Em conclusão, a bala que atingiu o peito de Ian (e que atinge milhares de jovens brasileiros pobres e negros) é uma causa “externa” determinada também por fatores também “externos”.

Mas uma pergunta que Adalzira parece se fazer e que o leitor pode estar fazendo é: se, ao menos em uma perspectiva relativa às pessoas próximas, Ian tivesse acesso a bens materiais, por que parece ter se aproximado de jovens criminosos ou até mesmo ter cometido crimes? Se

a pobreza material explica a “causa externa”, Ian não foge, em alguma medida, à explicação? A questão, assim como as possíveis soluções para a problemática de tais causas externas, não parece ser tão simples. Em outras palavras, não seria simplesmente tornando as casas melhores e provendo algum grau de conforto material que as iniquidades seriam solucionadas ou, até mesmo, mitigadas.

Recorrendo novamente à obra organizada por Juan Carlos Ramirez Rodriguez, intitulada *Hombres, masculinidades e emociones* (2021), é possível compreender, a partir de estudos realizados com homens jovens latino-americanos, que relações interpessoais e questões emocionais parecem ser mais relevantes do que as materiais para a motivação de crimes por parte de homens jovens. Identifica-se na obra que a raiva e o sentimento de injustiça estiveram relacionados a crimes de jovens que, não raramente, concordavam em praticar atividades criminosas sem recompensas materiais envolvidas. Não parece arriscado assumir que essa sensação de “raiva” e de injustiça não está relacionada de forma isolada à diferença material, mas sim a uma experiência mais profunda e complexa de marginalização e discriminação. Para além de questões emocionais e interpessoais identifica-se, a partir da leitura do livro, que produtos culturais através dos quais homens “retiram” os referenciais para a performatividade de gênero também parecem influenciar na prática de crimes por jovens. Não é difícil notar que tais produtos culturais criam referenciais distintos para homens ricos, pobres, pretos, brancos, nascidos em “favela” ou em “asfalto”. E esses referenciais não se deslocam facilmente com pequenos “ajustes materiais”, o que torna a morte por causa externa, em larga medida, determinada “ao nascimento”.

Assim, penso ser de grande relevância o olhar para a questão da morbimortalidade por causas externas na população de homens em um esforço de compreender a dimensão e as iniquidades inerentes à problemática. Embora a estatística nos forneça dados importantes para identificarmos a dimensão do problema nessa população, são encontros como os que tive com Adalzira que permitem perceber seus desdobramentos e, assim, aproximamo-nos do entendimento do seu real impacto. Passamos de um problema da saúde do homem para um problema da saúde das pessoas. A bala de fuzil interrompeu a vida de Ian mas reverberou – e penso ainda reverberar – na vida de Adalzira e de sua filha, contribuindo como um importante vetor de sofrimento e adoecimento.

O encontro com Ian através do sofrimento de sua avó/mãe foi um dos mais marcantes de minha trajetória profissional ou mesmo de vida. Para além da experiência concreta, este encontro tem grande impacto simbólico para mim, porque se deu no contexto de uma disputa pelo controle de tráfico de drogas no território em que atuava e que deixou muitos mortos (em

geral homens jovens) e ecoou em uma intensa produção de sofrimento e adoecimento, sobretudo mental. Trata-se de um retrato da iniquidade social e dos “vetores” da mortalidade por causa externa no Brasil. Encerrar o percurso cartográfico com este encontro permitiu não só explorarmos essa importante questão mas, também, apontar a conexão dos problemas de saúde do homem com a saúde de outras pessoas; incluindo mulheres e, em uma perspectiva mais ampla, a comunidade.

8 CONCLUSÃO

Não devemos parar de explorar, e o fim de toda a nossa exploração será chegar ao ponto de partida e ver o lugar pela primeira vez.

T.S Elliot

Quando penso no ponto de chegada desta jornada cartográfica, não visualizo um “lugar novo” à frente de onde parti. Mas sim, um retorno à partida (o encontro com João, minhas próprias vivências, as inquietações, as perguntas, as leituras...) que revela um sem-número de elementos, nuances e relações que eram invisíveis no princípio. Talvez a dificuldade em perceber a chegada como um “novo lugar” seja, ao menos em parte, explicada pelo fato de que respostas “definitivas” não foram identificadas. Ao invés disso, o grande resultado, penso eu, foi uma ampliação na capacidade de “perceber” e de fazer novas e quiçá melhores perguntas.

O *encontro de partida* me sensibilizou para um sofrimento masculino no singular. Parti de um referencial de gênero normativo e dos transtornos categorizados como mentais. No entanto, já nos primeiros contatos com o referencial teórico, pude perceber os limites de minhas concepções de gênero, e a desafiadora leitura da obra de Judith Butler foi fundamental para a “quebra” do binarismo cristalizado e a transmutação em uma multiplicidade fluida. E no que diz respeito ao sofrimento, a leitura da obra de Cassel teve papel fundamental, dado que ampliou a percepção para muito além daqueles categorizados como transtornos. Essa ampliação, penso, não é um mero resultado da exploração dos sofrimentos masculinos, mas sim, um recurso necessário para a identificação de fatores relevantes relacionados à gênese e a singularidades da expressão de tais sofrimentos. Em outras palavras: a ampliação do “repertório” de gênero e do próprio sofrimento iluminou pontos cegos e favoreceu uma compreensão (ou aproximação) de aspectos relevantes dos fenômenos explorados.

No seguir da jornada, os *(des)encontros com um homem em sofrimento*, embora tenham revelado um contato com um masculino mais próximo de referenciais normativos, permitiram a exploração não só de singularidades do sofrimento como a possível manifestação através de sintomas físicos (usualmente relacionada ao feminino) mas, também, dos desafios relacionados ao cuidado de homens em situação de sofrimento. Dentre eles, foi possível identificar a própria invisibilidade por parte de profissionais de saúde e, ainda, verdadeiros “pontos de atenção” na abordagem como, por exemplo, os possíveis efeitos adversos do processo de “desvelar” o sofrimento oculto/ocultado. Como aprendizados, destaco a necessidade, por parte de profissionais de saúde, de considerar o sofrimento como causa da busca por atendimento de homens ainda quando tal fato não está evidente. Além disso, destaca-se a necessária atenção a

uma abordagem sensível e cuidadosa de tais sofrimentos. Esta, suponho, se torna mais provável à medida em que a relação de cuidado vai ganhando maturidade. Com isso, acredito que parte das respostas a esses desafios esteja na longitudinalidade e na integralidade do cuidado. Isso porque, na medida em que tendem a conduzir a uma relação contínua ao longo do tempo com contatos por diferentes motivos (ou problemas relacionados à saúde), acabam por facilitar esse amadurecimento da relação. Pressuponho que esses diferentes “pontos de entrada” para o cuidado e a dimensão temporal da relação, embora não sejam suficientes, tendem a favorecer a abertura de canais de diálogo e o acesso a questões que, na perspectiva da pessoa cuidada, poderiam estar em certa medida “bloqueadas”.

No *encontro com um sofrimento masculino que começa a ganhar o plural*, foi possível identificar a fluidez com que um homem pode se aproximar ou se distanciar de referenciais hegemônicos de gênero, o que pode ter implicações não só para a gênese do sofrimento, mas também para o itinerário do cuidado. A partir desse encontro, foi possível abordar as relações entre questões de ereção do pênis e sofrimentos. Tais relações parecem produzir não só singularidades e/ou potencializar sofrimentos, mas parecem ter implicações para o cuidado na medida em que, como vimos, este pode estar sendo dificultado por barreiras como a vergonha e o constrangimento. Por fim, foi possível identificar as relações e efeitos negativos desse sofrimento na vida das mulheres. Suponho que aprendizados de destaque sejam o impacto “identitário” de questões relacionadas à ereção – o que pode implicar um cuidado de um sofrimento mesmo quando a rigidez do pênis é restabelecida – além da necessidade de fortalecer espaços individuais e comunitários que conduzam a uma maior facilidade em expressar e lidar com situações relacionadas à sexualidade.

O *encontro com o(s) Armando(s)*, já no título, anuncia a pluralidade da pessoa. A visualização dessa multiplicidade mostrou-se fundamental para a compreensão de aspectos dos sofrimentos para além do passível de categorização como transtorno mental e, também, permitiu identificar diferentes posicionamentos em relação a referenciais hegemônicos em um só sujeito. Com isso, foi possível explorar singularidades dos sofrimentos de Armando(s) que se distanciam, em diversos aspectos, daquelas vistas anteriormente. Esse reconhecimento, como abordado na discussão que se seguiu à redação do encontro, pode ser um elemento potente para o cuidado na medida em que tende a favorecer verdadeiras “vias terapêuticas” como a *sustentação* e o *refletir/espelhar*. Por fim, um outro ponto de “aprendizado” que me parece merecer destaque é o fato de que, ainda em situações de grande instabilidade e sofrimento, é possível enxergar a *potência de vida* e centrar o cuidado também a partir dessa potência.

No *encontro de perto a partir da distância* esteve presente um sofrimento masculino de

um homem jovem, negro e *gay*. Ficou claro o distanciamento de determinados referenciais hegemônicos e, também, de minhas próprias vivências. Paradoxalmente, esse distanciamento pareceu abrir caminho a uma alteridade genuína, o que me pareceu um ponto de “inflexão” de grande relevância em relação à partida. No encontro com o jovem, foi possível explorar as possíveis relações entre a orientação sexual e sofrimentos no contexto da adolescência, a problemática do suicídio e a complexa relação de tais sofrimentos com o diagnóstico de HIV. A escassez de trabalhos que exploram a problemática do suicídio nas chamadas “masculinidades dissidentes” aponta para uma necessidade de novos estudos abordando a questão. Uma necessidade da prática dos cuidados da APS que parece ser evidente a partir do encontro é a criação de ações e espaços para a abordagem individual e coletiva que facilitem a desconstrução de estigmas e favoreçam vivências plurais de sexualidade.

O encontro com o sofrimento masculino “levado” pela mulher permitiu um importante “deslocamento” para um diálogo com pontos de interseção entre sofrimentos “gendrados”, ao mesmo tempo que favoreceu a abordagem dos desafios de acesso à saúde por parte de homens e o consequente impacto na vida de mulheres. Foi possível explorar, também, relações entre os sofrimentos, o consumo de drogas e a criminalidade. Os aprendizados que parecem emergir do encontro são aqueles relacionados à necessidade de facilitar o acesso aos cuidados primários por parte da população masculina. Isso significa não só tornar os espaços mais “convidativos”, mas também direcionar esforços para a realização de ações comunitárias com enfoque na conscientização e na construção de “pontes” com essa população. Acredita-se que tais ações poderiam não só ter impactos positivos na vida de homens mas, também, na de mulheres que, não raramente, têm a múltipla carga de cuidarem de si, de crianças e também de homens adultos.

Por fim, o encontro com o sofrimento masculino na mulher permitiu avançar naqueles pontos de interseção de sofrimentos “gendrados” e nos limites da abordagem da saúde do homem de forma isolada. O encontro favoreceu um “retorno” a uma perspectiva ampla ou, em outras palavras, às múltiplas relações daquilo que conseguimos definir como “saúde do homem” não só com a saúde de mulheres, e ainda da população em geral. Para além disso, foi possível explorar a relação entre mortalidade por causa externa, sofrimentos e elementos das iniquidades sociais.

Tais relações não são importantes no contexto desta dissertação somente pela relevância na saúde populacional mas também pela potência simbólica em representar a comunidade em que se deram os encontros narrados: uma grande favela da cidade do Rio de Janeiro onde as iniquidades se expressam violenta e “escancaradamente”. Tais iniquidades, acredito, estiveram direta ou indiretamente relacionadas a cada um dos sofrimentos encontrados. Felizmente, como

espécie de alento, vejo que ainda há (e penso que sempre haverá), a despeito de todo o sofrimento e injustiça, a tal potência de vida.

Não poderia concluir este trabalho sem destacar a ausência notada por mim (e possivelmente também pelo leitor) de encontros com homens trans ou com pessoas não binárias. É com pesar que constato que essa ausência acaba por refletir as barreiras no acesso a serviços de saúde e, ao mesmo tempo, contribui para perpetuar a escassez de trabalhos acadêmicos que abordam questões de saúde referentes a essas populações. A ausência de encontros ao longo de quatro anos atuando em um território com cerca de 3.500 pessoas parece ser sintomática daquelas barreiras. Portanto, identifico aqui um “chamado à ação” (não somente a terceiros mas especialmente a mim próprio) para a realização de trabalhos que abarquem também as singularidades de sofrimentos masculinos a partir de vivências de pessoas trans e não binárias.

Esta jornada se encerra após muitos tropeços, descobertas, desafios, tristezas e alegrias. As descobertas não foram feitas somente com o método, mas o foram também sobre o método. Fui apresentado à cartografia enquanto metodologia no decorrer do curso de mestrado e as leituras permitiram uma aproximação que pareceu fazer sentido somente à medida em que ia “cartografando”. Apesar de que, Clarice Lispector, em um de seus escritos, perguntou *como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?* É nesse sentido que percebo que segui as pistas cartográficas mesmo antes de conhecer o método, decidir utilizá-lo ou mesmo considerar o curso de mestrado. Afinal, este trabalho tem como “substrato principal” as memórias vividas e que foram verdadeiras “pistas” que me conduziram ao tema, à teoria e, em maior ou menor medida, à trajetória como um todo. Assim, fica difícil acreditar que este trabalho se iniciou nos primeiros parágrafos e que, após escrever esta última frase, estarei encerrando a “jornada cartográfica”.

REFERÊNCIAS

- AFFLECK, W.; CARMICHAEL, V.; WHITLEY, R. Men's mental health: social determinants and implications for services. **Can J Psychiatry**. Montreal, v. 63, n. 9, 2018. p. 581-589. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743718762388>. Acesso em: 20 maio 2021.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *In: Rev. Saúde Pública*. v. 40, n. spe, p.121-132. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>. Acesso em: 20 maio 2021.
- ARILHA, M. (1998). Homens: Entre a 'zoeira' e a 'responsabilidade'. *In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34 & Ecos, p. 51-78.
- BAÉRE, F.; ZANELLO, V. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. *Psicol. Estud.*, v. 25, 2020. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>
- BALDWIN, K.; GINSBERG, P.; HARKAWAY, R. C. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. **Int J Impot Res.**, v. 15, n. 2, p. 87-9, abr. 2003. doi: 10.1038/sj.ijir.3900948. PMID: 12789385.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *In: RODRÍGUES, R. (Ed.). Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio*. Santiago: Isis Internacional, 1992. p. 111-128. (Ediciones de las Mujeres; n. 17).
- BARBOSA, M. I. da S. **Racismo e saúde**. Orientadora: Carmen Vieira de Sousa Unglert. 1998. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-08042020-101524>. Acesso em: 18 maio 2021.
- BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BILSKER, D.; FOGARTY, A. S. WAKEFIELD, M. A. Critical Issues in Men's Mental Health. **Can J Psychiatry**. v. 62, n. 2, abr. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743718766052>. Acesso em: 23 maio 2021.
- BOETTCHER, N. *et al.* Men's Work-Related Stress and Mental Health: Illustrating the Workings of Masculine Role Norms. *In: Am J Mens Health*. v. 1, n. 10. Mar-Abr. 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988319838416>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- BONDIA, J. F. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 maio 2021.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.; COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, n. 28, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**: Ministério da Saúde, 2006. 620 p.: il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021537.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

BUFFEL, V.; VAN DE VELDE, S.; BRACKE, P. Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. v. 49, n. 10, p.1641-1653. Maio 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-014-0879-z>. Acesso em: 16 abr. 2021.

BUFKIN, J. L. Bias crime as gendered behavior. **Social Justice**. v. 26, n. 1, p. 155-176, 1999. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/29767117?seq=1>. Acesso em: 23 maio 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CAIAFA, J. **Aventura das cidades**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

CARRIGAN, T.; CONNELL, R. W.; LEE, J. Toward a new sociology of masculinity. *In: Theory and Society*, v. 14, n. 5, p. 551-604, 1985.

CASSEL, E. J. **The nature of suffering and goals of medicine**. New York (USA): Oxford University Press, 1991.

CHESHIRE, A.; PETERS, D.; RIDGE, D. How do we improve men's mental health via primary care? An evaluation of the Atlas Men's Well-being Pilot Programme for stressed/distressed men. *In: BMC Fam Pract*. v. 17, n. 13. 2016. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-016-0410-6.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

CICOUREL. A teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1980.

CLATTERBAUGH, K. **Contemporary perspectives on masculinity: men, women and**

politics in modern Society. 2. ed. London: Routledge, 2019.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *In: 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. Acesso em: 21 maio 2021.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol.** São Paulo, v. 5, n. 2, ago. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004. Acesso em: 20 maio 2021.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med.** a. 50, n. 10, p. 1385-401, maio 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699003901?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jul. 2020.

COURTENAY, W. H.; KELLING, R. P. Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. **J Am Coll Health.** v. 48, n. 6, maio 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07448480009596265>. Acesso em: 23 maio 2021.

COWEN, P. J.; BROWNING, M. What has serotonin to do with depression? **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 158-60, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20229>

CRESSON G. La santé, production invisible des femmes. **Recherches Féministes**, v. 1, n. 4, 1991.

CUNHA, R. B.; REBELLO, L. E. F.S.; GOMES, R. Como nossos pais? Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva.* v. 22, n.4, p. 1419-1437. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 abr. 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs** (Capitalismo e Esquizofrenia). Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar.** São Paulo: Editora Escuta, 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *In: Ciênc Saúde Coletiva.* v.10, n. 1, p.105-9. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

FIGUEROA-PEREA. J. G. La representación social de los varones en estudios sobre masculinidad y reproducción: 'un muestrario de reflexiones'. *In: I Seminário Internacional/II Seminário Norte-Nordeste sobre "Homens, Sexualidade e Reprodução: Tempos, Práticas e Vozes"*. Recife, p. 17-20, jun. 2003.

FLEMING, P. J. *et al.* Are men's misogynistic attitudes associated with poor mental health and substance use behaviors? An exploratory study of men in Tijuana, Mexico. **Psychol Men Masc.** v. 19, n. 2, p. 314-318. 2018. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fmen0000093>. Acesso em: 18 out. 2020.

GERSCHICK, T. J.; MILLER, A. S. Gender Identities at the Crossroads of Masculinity and Physical Disability. **Masculinities**. v. 2, n. 1, p. 34-55, 1994.

GIFFIN, K.; C. CAVALCANTE. Homens e reprodução. **Revista Estudos Feministas**, 1º/2º sem. 1999. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/237521834_Homens_e_reproducao_Homens_e_reproducao_Homens_e_reproducao_Homens_e_reproducao_Homens_e_reproducao

GOFFMAN, E. **Stigma**: Notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon & Schuster, 1963.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora Unesp, 2010. (Saúde e Cidadania).

GRASSI, M. V. F.; PEREIRA, M. E. C. O “sujeito-sintoma” impotente na disfunção erétil. **Ágora** (Rio J.) v. 4, n. 1, jun 2001. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982001000100004>

HEMMI, A. P. A.; BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300321, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300603&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

HOCHSCHILD, A. Social structural effects on emotions. In: KEMPER, T. (Ed.). **Research agendas in the sociology of emotions**. New York: State University of New York Press, 1990. p. 117-142.

INADA, J. F. Felicidade e mal-estar na civilização. *Revista Digital AdVerbum*. Campinas. v. 6. p 74-88. 2011. Disponível em:

http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbun/vol6_1/06_01_06felicidademalestarciviliz.pdf. Acesso em: 30 maio 2021

JUNG, C. G. **Aspectos do masculino**. Petrópolis: Editora Vozes, 2019.

KEOHANE, A.; RICHARDSON, N. Negotiating gender norms to support men in psychological distress. **Am J Mens Health**. v. 12, n. 1, p. 160-171. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988317733093>. Acesso em: 20 ago. 2020.

KIMMEL, M. **La producción teórica sobre la masculinidad**: nuevos aportes. *Isis Internacional – Ediciones de las Mujeres*, 17:129-138, 1992.

LACASSE, J. R.; LEO, J. Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature. **PLoS Med.**, v. 2, n. 12, p. e392, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020392> PMID: 16268734

LANDI, L. C. de M. **Cuidados em saúde: das inquietações aos atos**. 2018. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: ve_Laura_Correa_ENSP_2018.pdf (fiocruz.br). Acesso em: 23 maio 2021.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. **Ciência &**

Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2005.v10n1/35-46/pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2021.

LEAL, O.; BOFF, A. M. 1996. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Orgs.). **Sexualidades brasileiras.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 119-135.

LIMA, M.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo. v. 26, n. 5, p. 225-35, set-out. 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256438>. Acesso em: 20 maio 2021.

LIPSKY, S.; CAETANO, R.; ROY-BYRNE, P. Triple jeopardy: impact of partner violence perpetration, mental health and substance use on perceived unmet need for mental health care among men. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** n. 46, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0258-3>. Acesso em: 13 jan. 2021.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 18, n. 3, p. 451-67, set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005. Acesso em: 19 maio 2021.

MACHADO, H. S. V. **Medicalização e medicina de família e comunidade:** memórias de um médico de favela. 2020. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: humberto_sauro_victorino_machado_ensp_mest_2020.pdf (fiocruz.br). Acesso em: 23 maio 2021.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J Chronic Dis.** a. 3, v. 9, n. 5. 1986. p. 371-377. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700578/>. Acesso em: 23 maio 2021.

MATURANA, H.; VARELA, F. J. **Autopoiesis and cognition:** the realization of the living. Dordrecht: D. Reidel Publishing Compan, [1972]. (Boston Studies in the Philosophy of Science; v. 42).

MCKENZIE, S. K. Masculinity, social connectedness, and mental health: men's diverse patterns of practice. **Am J Mens Health.** v. 12, n. 5, p. 1247-1261. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988318772732>. Acesso em: 16 maio 2020.

MCKINLAY, E. Men and health: a literature review. **Wellington School of Medicine and Health Sciences,** Otago University, Jan. 2005. Disponível em: [https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/C012012CD936DC3DCC2579110076479E/\\$file/mens-health-literature-review.pdf](https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/C012012CD936DC3DCC2579110076479E/$file/mens-health-literature-review.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens

e masculinidades. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate** v. 42, n. spe1, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

MELO, E. A. **Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, dez 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>

MELO, E.; MATTOS, R. A. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, maio 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>

MESSERSCHMIDT, J. W. **Masculinities and crime: critique and reconceptualisation of theory**. Lanham, MD: Rowman and Littlefield Publishers, 1993.

MESSNER, M. A. **Power at play: sports and the problem of masculinity**. Boston: Beacon, 1992.

MIELI, M. **Homosexuality and liberation: elements of a gay critique**. Tradução de D. Fernbach. London: Gay Men's Press, 1980.

MILNER, A.; SHIELDS, M.; KING, T. The influence of masculine norms and mental health on health literacy among men: evidence from the ten to men study. **Am J Mens Health**. v. 13, n. 5, ago. 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6728685/pdf/10.1177_1557988319873532.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

MINAYO, M. C. de S.; DINIZ, D.; GOMES, R. **O artigo qualitativo em foco**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2326.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

MODESTO, A. A. D. Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na Atenção Primária à Saúde. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

NASCIMENTO, V.; AMORIM, W. L. Vida e sofrimento em Nietzsche. **Revista Húmus**. v. 6, n. 18, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/6330/3849>. Acesso em: 29 maio 2021.

OGRODNICZUK, J. *et al.* Men's mental health: spaces and places that work for men. In: **Can Fam Physician**. v. 62, n. 6, p. 463-464, jun-jul. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305175595_Men's_mental_health_Spaces_and_plac

es_that_work_for_men/link/5a8d9fdbaca272c56bc32817/download. Acesso em: 20 maio 2021.

OLIVEIRA, E. *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface** (Botucatu), v. 24, 20 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>

OLIVEIRA, L. C. O.; BASTO, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 19, n. 3, dez 2015. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857C>

ORES, L. C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington, D.C.: PAHO, 2014.

ORWEL, G. **Atirando num elefante**. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/3591/3591.PDF>. Acesso em: 23 maio 2021.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. *et al.* (Orgs.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia/Relume-Dumará, 1994. p. 231-250.

PALMA, D. C. de A.; SANTOS, E. S. dos E.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 36, n. 4, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092819>. Acesso em: 17 maio 2021.

PARENT, M. C. Men's mental health help-seeking behaviors: an intersectional analysis. In: **Am J Mens Health**. v. 12, n. 1. p. 64-73. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988315625776>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.**, v.57, n. 1, p. 13-24, 2003 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)

PARRINI, R. **¿Existe la masculinidad? Sobre un dispositivo de saber/poder**. México: Colégio do México, 2006. Disponível em: <https://lasdisidentes.com/2012/02/01/existe-la-masculinidad-sobre-un-dispositivo-de-saber-poder/>. Acesso em: 9 mar. 2019.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador In: **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 110-131. Disponível em: <https://psicod.org/cartografia-como-dissoluco-do-ponto-de-vista-do-observador.html>. Acesso em: 20 maio 2021.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. da. **Pistasodo método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020.

PATRICK, S.; ROBERTSON, S. Mental health and wellbeing: focus on men's health. **Br J Nurs**. v. 25, n. 21, p. 1163-1169, nov. 2016. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2016.25.21.1163>. Acesso em: 20

maio 2021.

PLASTINO, C. A. Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado. **Rev Div Saude para Debate**. Rio de Janeiro. n. 5, p. 25-40, jan. 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/DIVULGA%C3%87%C3%83O_53-WEB-FINAL1.pdf. Acesso em: 21 maio 2021.

PLÖDERL, M. *et al.* Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority stress model with suicide models. **Archives of sexual behavior**, v. 43, n. 8, p. 1559-1570, 2014.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. 112 p. (Feminismos Plurais).

ROBERTSON, S. *et al.* Successful mental health promotion with men: the evidence from 'tacit knowledge'. **Health Promot Int**. v. 33, n. 2, p. 334-344, abr. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/33/2/334/2555433>. Acesso em: 19 abr. 2021.

RODRÍGUEZ, J. C. R. **Hombres, masculinidades e emociones**. Guadalajara: Editorial Página Seis / Universidad de Guadalajara, 2021.

ROY, P.; TREMBLAY, G.; DUPLESSIS-BROCHU, É. Problematizing men's suicide, mental health, and well-being. **Crisis**. v. 39, n. 2, p. 137-143 mar. 2018. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000477>. Acesso em: 12 maio 2021.

RUBIN, G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. **Nueva Antropología**, México D.F., v. 7, n. 30, p. 157-209, 1986. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903007.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

RUTZ, W.; RIHMER, Z. Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions. **J Mens Health Gend**. v. 4, n.4, dez. 2007.p. 393-401. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1571891307002038>. Acesso em: 20 maio 2021.

SANTOS, S. B. A. **Um discurso sobre a ciência**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, W. B.; CASTEJON, M. Corpo e masculinidade: subjetivação, objetivação e risco de suicídio. In: PRATA, V.; MILNEZ, N. (Eds.). **Filosofias do suicídio: quando o corpo tem vez**. Vitória da Conquista, ES: Labedisco, 2016. p. 118-136.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os “anos 1970: revisitando uma trajetória”. **Revista Estudos Feministas**. v. 12, n. 2, p. 35-50, maio-ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23959.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILELLA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Abrasco; UNFPA, 2005, p. 110-112.

SCHOFIELD, T. *et al.* Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. **J Am Coll Health**. v. 48, n. 6, p. 247-256, maio 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10863868/>. Acesso em: 23 maio 2021.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: **Gênero e Saúde: programa saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA; 2005. p. 30-61.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro. v. 26, n. 5. p. 61-970. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018. Acesso em: 20 jul. 2020.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2021.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**. v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 23 maio 2021.

SEATON, C. L. *et al.* Men's mental health promotion interventions: a scoping review. In: **Am J Mens Health**. v. 11, n. 6, p. 1823-1837. 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988317728353>. Acesso em: 02 maio 2021.

SEIDLER, Z. E. *et al.* Why it's time to focus on masculinity in mental health training and clinical practice. **Australas Psychiatry**. v. 27, n. 2, p. 157-159, out. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856218804340>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SEIDLER, Z. E.; RICE, S. M.; DHILLON, H. M. Get angry or get even: Finding balance in the discussion of masculinity and mental health. **Aust N Z J Psychiatry**. v. 53, n. 11, abr. 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867419844321>. Acesso em: 20 maio 2020.

SHAFER, K.; WENDT, D. Men's mental health: a call to social workers. **Soc Work**. v. 60, n. 2, p. 105-112, abr. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/60/2/105/2472161?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 21 maio 2021.

SILVA, L. V.; BARBOSA, B. R. S. N. Suicídio ou assassinato? um outro crime por trás da prática homofóbica. **Revista Gênero & Direito**, v. 3, n. 2, p. 58-78, 2014.

SILVERMANN, J. Hidden agendas and how to uncover them. **Medicine**, v. 33, n. 2, p. 27-9, 2005. <http://dx.doi.org/10.1383/medc.33.2.27.58375>

SINGH, G. K. *et al.* Advance report of final mortality statistics, 1994. **Monthly Vital Statistics Report**. v. 45, n. 3, supl. p. 96-1120. 30 set. 1996. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/52717>. Acesso em: 23 maio 2021.

SMITH, D. T.; MOUZON, D. M.; ELIOTT, M. (Eds.). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. **Am J Mens Health**, v. 12, n. 1, p. 78-89, jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734543/>

SOUSA, M. A. **Nietzsche: Viver intensamente, tornar-se o que se é**. 1 ed. São Paulo:

Paulus, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico.** 3a ed. Porto Alegre: Artmed. 2017.

SUCH, E. *et al.* Developing a theory-driven framework for a football intervention for men with severe, moderate or enduring mental health problems: a participatory realist synthesis. **J Ment Health.** v. 29, n. 3, p. 277-288, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2019.1581339>. Acesso em: 20 maio 2021.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad Saude Publica**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção a saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. *In: _____*. (Orgs.). **Gênero e saúde: programa saúde da família em questão.** Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA, 2005. p. 15-32.

WANG, J. *et al.* Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. **European psychiatry**, v. 29, n. 8, p. 514-522, 2014. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.05.001

WETHERELL, M.; EDLEY, N. Negotiating hegemonic masculinity: imaginary positions and psycho-discursive practices. **Feminism and Psychology.** v. 9, n. 3, p. 335-356, 1999. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959353599009003012?journalCode=fapa>. Acesso em: 23 maio 2021.

WHITEHEAD, S. M. Hegemonic masculinity revisited. **Gender, Work, and Organization.** v. 6, n. 1, p. 58-62, jan. 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0432.00069>. Acesso em: 21 maio 2021.

WHITLEY, R. Men's mental health: beyond victim-blaming. **Can J Psychiatry.** v. 63, n. 9, p.577-580, ago. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743718758041>. Acesso em: 20 maio 2021.

WONG, Y. J.; OWEN, J.; SHEA, M. A latent class regression analysis of men's conformity to masculine norms and psychological distress. **J Couns Psychol.** v. 59, n. 1, p. 176-183, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0026206>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Boys in the Picture.** Geneva: WHO, 2000.

_____. **Men, Ageing and Health.** Geneva: WHO, 2001.

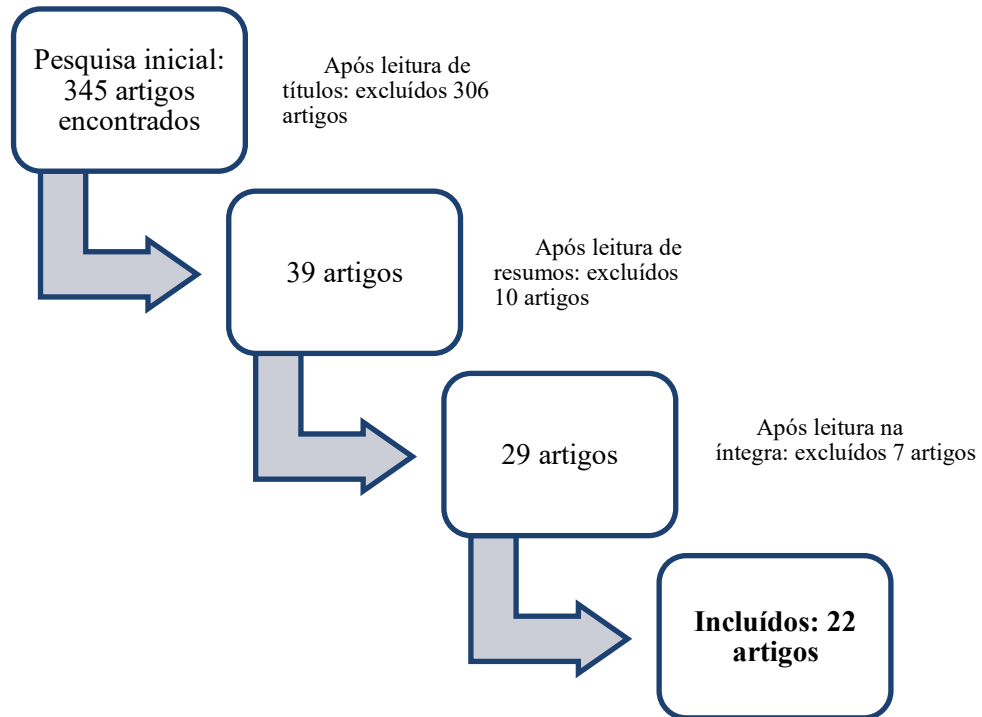
ANEXO A - QUADRO 1. ARTIGOS, AUTORES, ANO E LOCAL DE PUBLICAÇÃO EM RELAÇÃO À CATEGORIA TEMÁTICA

Artigos incluídos na revisão	Autores / ano / local	Características do sofrimento mental de homens	Acesso / Modo de procura por ajuda	Cuidado de homens em sofrimento mental
Why it's time to focus on masculinity in mental health training and clinical practice	Seidler, Z. E., Rice / 2019 / Austrália			X
Developing a theory-driven framework for a football intervention for men with severe, moderate or enduring mental health problems	Such E, Burton H, Copeland RJ, Davies R, Goyder E, Jeanes R, et al / 2019 / Reino Unido			X
Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services.	Affleck W, Carmichael V, Whitley R / 2018 / Canada	X		
Critical Issues in Men's Mental Health.	Bilsker D, Fogarty AS, Wakefield MA / 2018 / Canada	X		
Successful mental health promotion with men: the evidence from 'tacit knowledge'	Robertson S, Gough B, Hanna E, Raine G, Robinson M, Seims A, et al / 2018 /			X
Are men's misogynistic attitudes associated with poor mental health and substance use behaviors?	Fleming PJ, Patterson TL, Chavarin CV, Semple SJ, Magis-Rodriguez C, Pitpitan EV / 2018 / México	X		
How do we improve men's mental health via primary care?	Cheshire A, Peters D, Ridge D / 2016 / Reno Unido			X

Mental health and wellbeing: focus on men's health	Patrick S, Robertson S. / 2016 / Reino Unido			X
Why it's time to focus on masculinity in mental health training and clinical practice	Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M., Herrman, H./ 2019 / Australia			X
Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe	Buffel V, Van de Velde S, Bracke P. / 2014 / União Europeia	X		
Men's Mental Health: Beyond Victim-Blaming	Whitley, R / 2018 / Canada			X
A latent class regression analysis of men's conformity to masculine norms and psychological distress	Wong, Y. J, Owen, J, Shea, M / 2012 / EUA	X		
Triple jeopardy: impact of partner violence perpetration, mental health and substance use on perceived unmet need for mental health care among men	Lipsky S, Caetano R, Roy-Byrne P / 2010 / EUA	X		
Men's mental health: Spaces and places that work for men	Ogrodniczuk J, Oliffe J, Kuhl D, Gross PA / 2016 / Canada		X	
Men's Work-Related Stress and Mental Health	Boettcher N, Mitchell J, Lashewicz B / 2019 / EUA	X		
The Influence of Masculine Norms and Mental Health on Health Literacy Among Men	Milner A, Shields M, King T / 2019/ EUA	X		
Masculinity, Social Connectedness, and Mental Health	McKenzie SK, Collings S, Jenkin G, River J / 2018 / EUA	X		

Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress.	Keohane A, Richardson N / 2018 / EUA		X	
Men's Mental Health Help-Seeking Behaviors:	Parent MC, Hammer JH, Bradstreet TC, Schwartz EN, Jobe T / 2018 / EUA		X	
Problematizing Men's Suicide, Mental Health, and Well-Being.	Roy P, Tremblay G, Duplessis-Brochu E. / 2018 / Canada			X
Men's Mental Health Promotion Intervention	Seaton CL, Bottorff JL, Jones-Bricker M, Oliffe JL, DeLeenheer D, Medhurst K / 2017 / EUA			X
Men's mental health: a call to social workers	Shafer K, Wendt D / 2015 / EUA	X		

ANEXO B - FIGURA 1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA COM OS DESCRITORES *MEN; MASCULINITY; PSYCHOLOGICAL DISTRESS; MENTAL HEALTH* E *STRESS, PSYCHOLOGICAL* NA BVS, BRASIL, COM SELEÇÃO POR TÍTULO, IDIOMA (PORTUGUÊS, INGLÊS E ESPANHOL) E ANO DE PUBLICAÇÃO (2010 A 2020)



ANEXO C - QUADRO 2. CATEGORIA TEMÁTICA EM RELAÇÃO AO LOCAL DE PUBLICAÇÃO

Categoria temática	Local de publicação					
	EUA	UK	Canada	Austrália	México	União Europeia
Características / Particularidades do sofrimento mental de homens	5		2		1	1
Acesso / Modo de procura por ajuda de homens em sofrimento:	3		1			
Abordagem / Cuidado de homens em sofrimento mental:	2	4	2	1		