

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

RAFAELA ROCHA

SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADES: EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO  
PSÍQUICO E AUTOCUIDADO NARRADAS POR HOMENS

SANTOS  
2023

RAFAELA ROCHA

SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADES: EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO  
PSÍQUICO E AUTOCUIDADO NARRADAS POR HOMENS

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em  
Saúde Coletiva da Universidade Católica de  
Santos para obtenção do título de Doutora em  
Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e  
Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de  
Vulnerabilidade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Eliana Miura Zucchi

SANTOS

2023

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
Viviane Santos da Silva – CRB 8/6746

R672s Rocha, Rafaela  
Saúde Mental e masculinidades: experiências de sofrimento  
psíquico e autocuidado narradas por homens / Rafaela  
Rocha; orientadora Eliana Miura Zucchi. -- 2023.  
93 f.; 30 cm

Tese (doutorado) - Universidade Católica de Santos,  
Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2023  
Inclui bibliografia

1. Teses. 2. Narrativas pessoais. 3. Biografia. 4.  
5. Sofrimento psicológico. I. Zucchi, Eliana Miura. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.2)

RAFAELA ROCHA

SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADES: EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO  
PSÍQUICO E AUTOCUIDADO NARRADAS POR HOMENS

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em  
Saúde Coletiva da Universidade Católica de  
Santos para obtenção do título de Doutora em  
Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e  
Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de  
Vulnerabilidade.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> . Dra. Eliana Miura Zucchi  
Universidade Católica de Santos

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Cely de Oliveira  
Universidade Santa Cecília

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Ivia Maria Jardim Maksud  
Instituto Fernandes Figueira / Fiocruz

---

Prof. Dr. Paulo Angelo Lorandi  
Universidade Católica de Santos

Dedico este trabalho às vozes diversas e aos diferentes saberes silenciados.

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigada meu Deus, eu cheguei até aqui!

Com misto de felicidade e tristeza pelo fim desse ciclo, agradeço aos envolvidos.

À professora Cláudia, sempre acolhedora, abriu todas as portas e possibilitou a realização deste sonho.

Agradeço aos meus colegas e às amigadas que fiz para vida: Gláucia, Danis, Ricardo, Alan, Val, Ayra, Fernanda, Normélia, Rosana, Edu, Michele e Mari.

Aos meus familiares, principalmente ao meu primo Marllon, que mesmo de longe está sempre presente, incentivando, torcendo e vibrando por cada conquista.

Às minhas amigas do café terapêutico: Japa, Val, Cori (do mestrado para vida!). Também aos queridos Sérgio, Bia, Andréa, Simone, Nat, Audra e Paula que apoiaram cada etapa.

As equipes dos CAPS Centro e Orquidário pelas trocas diárias, disponibilidade e/ou apoio intelectual para que eu iniciasse e finalizasse este sonho.

Aos participantes do estudo pela coragem em compartilhar suas trajetórias de sofrimento e autocuidado, que possibilitaram aumentar o nosso vínculo e certamente permitirá novas reflexões e possibilidades de repensar o cuidado prestado.

Às amigas, e corretoras Ayra, Luciana e Érica.

À querida Denise Martin que devido aos percalços da vida não continuamos esse trabalho, entretanto sempre dispôs de compartilhar seu conhecimento, me apresentou um olhar para as ciências sociais, e deu de presente estudar a construção social do gênero como uma questão de saúde pública.

À professora Silvia pela atenção nesse pequeno percurso em conjunto.

Aos demais professores da pós-graduação que contribuíram com a formação acadêmica, dividindo os saberes, afinal, do que vale o conhecimento se não for transmitido?

Aos queridos Marlene e Lorandi sempre apoiando a minha caminhada, desde a graduação.

Agradeço também à Eliana, a terceira e última orientadora da vida, por ser responsável por todo crescimento intelectual, pelo apoio, disponibilidade e paciência durante todo esse percurso. Obrigada!

E aos demais membros da banca por todas as contribuições e cuidado com meus esforços: Márcia Couto, Marcelo Castellanos, Cely Oliveira, Ivia Maksud, Luzana Mackevicius, Lourdes Conceição. Meu muito obrigada!

À família do Thiago, por toda ajuda indireta nos cuidados com a casa, e com meu filho enquanto mamãe estudava.

Ao Ravi, meu melhor projeto, mesmo sem saber você é meu maior incentivador, preciso ser uma pessoa melhor por você, meu filho!

Ao meu companheiro de todos os dias, Thiago, obrigada por aguentar firme, esse é o último (eu acho). Eu te amo!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

**Introdução:** A construção social do gênero modifica as formas de expressão do sofrimento e de autocuidado de homens. Culturalmente, o homem não deve demonstrar sentimentos, justificando a busca pelos serviços de saúde em situações de insuportabilidade do sofrimento. A postergação do cuidado em saúde mental pode comprometer as funções psíquicas e sociais dos indivíduos. As políticas de saúde, a estrutura dos equipamentos, bem como o saber dos profissionais de saúde também são modulados pela baixa procura e estereótipo de gênero. Assim sendo, o acolhimento nos serviços de saúde não abrange a complexidade e variabilidade da expressão masculina, deixando o homem pouco à vontade, não atendendo às suas demandas e reforçando sua ausência. **Objetivo:** Compreender as construções das masculinidades como parte das experiências de sofrimento mental e autocuidado nas perspectivas de homens. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com entrevistas guiadas por um roteiro temático com questões sobre sofrimento mental e estratégias de autocuidado com 13 homens vinculados ao serviço de saúde mental do município de Santos - SP. As análises foram realizadas a partir da imersão no material empírico seguidas de codificação e categorização. Os resultados foram interpretados a partir da análise das narrativas em duas principais categorias: (1) Experiências de sofrimento mental: gênese e formas de expressão (2) Estratégias de autocuidado. **Resultados:** As experiências de sofrimento mental foram mediadas por histórias de fracasso na vida social, no trabalho e nos relacionamentos, com sua gênese atribuída ao abandono da figura feminina. A expressão do sofrimento se deu por sintomas depressivos tradicionais, violência, uso de substâncias e tentativas de suicídio. O trabalho se mostrou um organizador central da vida dos homens. Entre as estratégias de autocuidado as experiências mais expressivas foram acerca do acesso e permanência no serviço de saúde mental, vinculadas às práticas que combinam distração, prazer e privacidade, destacando-se a religião. **Discussão:** As diversas construções das masculinidades demonstraram diferentes experiências e formas de expressão do sofrimento psíquico, com destaque para as atividades que envolvem o entorpecimento da consciência, como o uso de substâncias psicoativas. Outras atividades que envolveram distração e prazer, porém de forma individual, são consideradas estratégias de autocuidado por promover autoconhecimento e autonomia. A religião e os afetos familiares revigoram os laços comunitários perdidos e revelam-se uma forma de lidar e ressignificar o sofrimento a partir do perdão. A retomada ao trabalho, independência financeira ou efetivação de um sonho de atividade laboral se mostrou uma importante estratégia de autocuidado, pois diminuía o sentimento de fracasso social. A perda de identidade, associada à idealização do modelo de masculinidade, resultou em tentativas e pensamentos suicidas. A gênese do sofrimento associada à figura feminina está relacionada à construção social baseada na misoginia, machismo e neoliberalismo. Outras formas de abandonos, que escapam às narrativas conscientes, informam uma condição de sofrimento e vulnerabilidade, entre elas o abandono da figura paterna e do Estado. **Conclusão:** As experiências de sofrimento e autocuidado são mediadas pelas construções sociais do gênero e modo de produção neoliberal, impondo aos serviços de saúde



oferecer espaços de reflexão que compreendam as complexidades e singularidades da expressão masculina.

**Palavras-chave:** Narrativas Pessoais; Biografia; Masculinidades; Sofrimento Psicológico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Social construction of gender changes the way males express emotional distress and self-care. The cultural expectation that men should not show feelings leads them to seek out for health services in situations of unbearable emotional distress. Postponing mental healthcare can compromise people's psychological and social functions. Healthcare policies and infrastructure, as well as healthcare providers' capacity are also shaped by low demand and gender stereotypes. Consequently, the reception provided in healthcare services does not encompass the complex and diverse ways in which men express themselves, resulting in their discomfort, unmet needs and reinforcing their absence. **Objective:** To understand social constructions of masculinities within the context of mental distress and self-care from the perspectives of men. **Methodology:** This study is a qualitative research based on interviews guided by a thematic script with questions about mental distress and self-care strategies completed. The interviews were conducted with 13 male participants linked to the mental health service in the city of Santos, São Paulo, Brazil. The data analysis was conducted through immersion in the empirical material, followed by coding and categorization. The interpretation of the results was based on the analysis of the narratives, which were grouped into two main categories: (1) Mental distress experiences: origin and ways of expression (2) Self-care strategies. **Results:** Mental distress experiences were illustrated by stories of failure in social life, at work and in relationships, having its origin attributed to the abandonment of the female figure. The expression of distress was presented through traditional depressive symptoms, violence, substance abuse and suicide attempts. Work has proved to be a central organizer in men's lives. Among the self-care strategies presented, the most prominent experiences were about accessing and remaining in mental healthcare service linked to a combination of elements of distraction, pleasure and privacy, with emphasis on religion. **Discussion:** The various social constructions of masculinities revealed different experiences and forms of expression of psychological distress, with a particular emphasis on activities that involve the numbing of consciousness, such as the use of psychoactive substances. Other activities that involved distraction and pleasure, albeit individually, are considered self-care strategies for promoting self-awareness and autonomy. Religion and familial bonds restore lost community ties and prove to be a way of coping with and reinterpreting suffering through forgiveness. Returning to work, financial independence or fulfilling a professional dream proved to be an important self-care strategy, as it decreased the feeling of social failure. On the other hand, the loss of identity, coupled with the idealization of a masculinity model, resulted in suicidal attempts and thoughts. The origin of mental distress associated with the female figure is related to a social construct rooted in misogyny and neoliberalism. Other forms of abandonment, which evade conscious narratives, contribute to a condition of mental distress and vulnerability, including the abandonment of the paternal figure and the State. **Conclusion:** Experiences of mental distress and self-care are shaped by social constructions of gender and the neoliberal means of production. As a result, healthcare services need to provide space to reflect over the complexities and singularities of male expression.

**Keywords:** Personal Narrative; Biography; Masculinity; Psychological Distress.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Mapa do Município de Santos com a área de abrangência dos CAPS pesquisados .....	31
Quadro 1 — Descrição sociodemográfica dos entrevistados .....	40
Quadro 2 — Categorias analíticas e suas definições .....	48

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
MS	Ministério da Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Apoio Psicossocial - Álcool e outras Drogas
CAPSI	Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil
COFORM	Coordenadoria de Formação da Prefeitura Municipal de Santos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1 O AUTOCUIDADO MODULADO PELO GÊNERO.....	18
1.2 SOFRIMENTO MENTAL E MASCULINIDADES .....	23
2. <b>OBJETIVO</b> .....	28
3. <b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	29
3.1 LOCAIS DE PESQUISA .....	29
3.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	31
3.3 ANÁLISES DE DADOS .....	35
3.4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	37
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4. <b>RESULTADOS</b> .....	39
4.1 ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA .....	39
4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS .....	48
4.3 EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO MENTAL: GÊNESE E FORMAS DE EXPRESSÃO .....	48
4.3.1 <b>O “abandono” do feminino como a gênese do sofrimento</b> .....	48
4.3.2 <b>Expressão do sofrimento</b> .....	51
4.3.3 <b>Pandemia da Covid-19 como potencializador do sofrimento</b> .....	56
4.4 EXPERIÊNCIAS DE AUTOCUIDADO.....	58
4.4.1 <b>O acolhimento no serviço de saúde mental como precursor do autocuidado</b> .....	58
4.4.2 <b>Práticas de autocuidado, em busca do bem-estar</b> .....	62
4.4.3 <b>Perspectivas futuras</b> .....	64
5. <b>DISCUSSÃO</b> .....	66
6. <b>CONCLUSÃO</b> .....	76
7. <b>FINANCIAMENTOS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
APÊNDICE A — ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE....	87
APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	90

## APRESENTAÇÃO

Farmacêutica, formada em 2012 na Universidade Católica de Santos, tive por experiência estagiar na saúde pública de três municípios da região da Baixada Santista: São Vicente e Santos, em ambulatórios de Especialidades, onde me aproximei da dispensação de medicamentos, em especial de psicotrópicos; e Praia Grande, no almoxarifado central, onde conheci na prática a gestão e o ciclo da assistência farmacêutica. Essas experiências me motivaram a querer fazer parte desse universo complexo que é o Sistema Único de Saúde em busca de contribuir de alguma forma com o cuidado relacionado ao uso consciente dos medicamentos.

Os concursos públicos me oportunizaram atuar na saúde pública nos âmbitos estadual e municipal. No âmbito estadual atuei por seis anos na área hospitalar, no Hospital Guilherme Álvaro. Inicialmente atuei no setor de oncologia fazendo o controle, gerenciamento e manipulação de quimioterápicos e análise das prescrições quimioterápicas, além de compor a equipe multidisciplinar do setor. Todo trabalho foi feito com muito amor e humanização; cada pessoa - uma história - me fez gostar da área de atuação e principalmente do contato profissional-paciente. Naquele momento eu sentia que meu trabalho podia “salvar” a vida de alguém.

Ao assumir o vínculo na prefeitura de Santos, devido à carga horária de trabalho, precisei mudar meu vínculo no estado e me tornar plantonista do período noturno, atuando na gestão da assistência farmacêutica hospitalar para atendimento das demandas provenientes das internações hospitalares. Toda essa experiência, apesar de ter sido importante para a formação da profissional que sou hoje, me deu a certeza de que o lugar em que eu quero estar não é na burocracia da farmácia hospitalar, atrás de uma mesa assinando papéis - por mais que seja um trabalho importante e signifique o cuidado indireto em saúde de alguém -, e sim no atendimento diário, frente a frente com o indivíduo, podendo ver de perto e atuar diretamente no processo de melhora ou estabilidade de sua doença.

No âmbito municipal a minha inserção como farmacêutica ocorreu em

um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como responsável pela farmácia do equipamento. Dentre as dificuldades do serviço público, a que ainda hoje é a maior é a desvalorização do profissional farmacêutico. No município não há nenhum auxiliar no setor da saúde mental, sendo o farmacêutico o único responsável por todo o processo que envolve o medicamento; qualquer ausência para a realização de outras atividades, como atendimento individual, em grupo ou reunião de equipe obriga o fechamento da farmácia, e isso gera reclamações. Obviamente a dispensação de medicamentos, juntamente com a orientação para seu uso racional, eram atribuições que me davam prazer, porém, a alta demanda de pessoas para a retirada de medicamentos me restringia a ser somente um dispensador. Dentre as dificuldades na vivência dentro da farmácia, encontrei na equipe multidisciplinar do CAPS o acolhimento necessário para que as habilidades humanistas se sobressaíssem à formação biomédica e tecnicista. Além disso, pude contar com uma equipe de farmacêuticos que atuavam nos outros equipamentos de saúde mental que também sentiam as mesmas aflições. Juntos, conseguimos sensibilizar a gestão e garantir alguns períodos do horário de trabalho para atuação nos demais espaços.

A ideia sempre foi que o medicamento fosse, sim, uma ferramenta para os tratamentos em saúde, porém de forma racional e que não fosse o único alicerce no enfrentamento aos sofrimentos cotidianos. E eu, não apenas uma dispensadora de medicamentos, mas uma profissional de saúde capaz de contribuir com a saúde coletiva dos indivíduos. Aos poucos fui percebendo que não bastava passar informações para que o uso racional dos medicamentos acontecesse; é preciso entender as diversas culturas e contextos associados às interpretações das informações, para então abarcar a singularidade de cada indivíduo e promover uma orientação eficaz. A partir desta reflexão utilizei da formação acadêmica composta por especializações, aperfeiçoamento e cursos ligados à saúde, saúde mental, política de álcool e outras drogas, entre outros temas para me aprimorar como profissional e pessoa.

O mestrado profissional interdisciplinar em Ciências da Saúde cursado



na UNIFESP me possibilitou refletir as práticas em saúde e entender que a melhor ferramenta para o cuidado é, primeira e anteriormente a qualquer intervenção, a escuta. Além disso, por ter o mestrado profissional a prerrogativa de estudar um problema cotidiano em forma de pesquisa e desenvolver um produto técnico a partir dos resultados, o mesmo me permitiu efetivar um projeto de grupo de “gestão autônoma da medicação” (GAM).

O grupo GAM possibilitou fazer a reflexão conjunta com as equipes do CAPS, Atenção Básica e pessoas em acompanhamento sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, tratamentos alternativos e complementares, além das diversas redes de apoio que podem compor e contribuir com a saúde mental. Este grupo foi proveitoso ainda para além das reflexões conjuntas, pois foi possível efetivar o apoio matricial nesta unidade como estratégia de cuidado compartilhado e educação permanente.

Com tantos atravessamentos, resultados, ideias e vontade de aumentar o conhecimento e de alguma forma contribuir ainda mais para a saúde mental das pessoas, participei de dois processos seletivos: um me tornou gestora de um CAPS III no município, e outro me possibilitou escrever esta apresentação: o tão sonhado doutorado em saúde coletiva. Ambos marcaram de forma exponencial a minha vida profissional, acadêmica e pessoal por me permitirem aprimorar a pessoa que desejo ser. Com certeza foi a jornada mais intensa e desafiadora da minha vida, e a exacerbação de emoções estava provavelmente associada ao projeto mais lindo da minha vida, que, sem saber, atravessou e modificou todos os planos, e cujo nome é Ravi.

Vivenciar a pandemia com todos os medos, perdas de vidas ao entorno, um bebê e a troca de orientadora por três vezes foi um processo difícil e de muitas idas e vindas em um projeto que sempre girou em torno da saúde mental de homens, entendendo que o adoecer dos homens certamente reflete em piores condições de convívio e bem-estar para eles, mas também para as mulheres.

A querida Denise (primeira orientadora) me apresentou o recorte de gênero como proposta de estudo somado ao meu interesse em desenvolver um projeto com pessoas com transtornos mentais comuns, dando origem a esta tese. Diversas foram as reflexões neste processo que me fez retomar as

origens das minhas vivências até agora. Se hoje meu lugar de fala é de uma profissional da saúde, mulher, branca, heterossexual e de classe média, vivi a infância e adolescência com sobrepeso, em um bairro periférico do município de São Vicente, com a pressão (e comentários) de ser mulher, com pais ausentes e destinada a engravidar aos 12 anos. E hoje reflito que, apesar dos privilégios (duramente alcançados), sempre usarei da empatia e do desejo de que todos tenham o mínimo acesso à educação, saúde, moradia, lazer, e principalmente do direito de fala legitimado como eu tive. Assim, pesquisar, compreender e discutir como a construção social desse sistema patriarcal afeta a saúde de homens, mulheres e de outras identidades de gênero a partir de vozes silenciadas permitirá melhor entendimento e cuidado da saúde coletiva.

A Eliana aceitou abraçar esse projeto no meio, e com sua brilhante capacidade de síntese e amplo conhecimento acadêmico, me ajudou e ainda ajuda a abrir cada vez mais a “caixinha biomédica”, possibilitando um ganho como pesquisadora qualitativa, profissional e pessoa a partir de técnicas e muita, mais muita mesmo pesquisa bibliográfica. Toda essa experiência me possibilita deixar de priorizar os diagnósticos e conceitos estáticos, aprimorando a escuta, podendo então ouvir, tentar compreender as diversas formas de expressão do sofrimento masculino e, ainda, idealizar possíveis maneiras de orientar a resignificação desse processo.

Em minha vida pessoal, abri mão do emprego público estadual e da gestão do CAPS, retomando meu trabalho na farmácia de outro CAPS do município para a dedicação e melhor execução do projeto em andamento e da maior participação e educação na vida do meu bebê. Findo esta apresentação reconhecendo os diversos desafios a serem concretizados no trabalho em saúde mental, principalmente quando estes envolvem uma questão cultural e estrutural como é a construção social do gênero; pesquisar a temática pode subsidiar a rediscussão e abrir novas possibilidades e olhares para as práticas em saúde mental.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O AUTOCUIDADO MODULADO PELO GÊNERO

A construção social do gênero modifica as formas que homens e mulheres experimentam e expressam seus sofrimentos e gerem o autocuidado (COUTO *et al.*, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; NASCIMENTO; GOMES, 2008; PINHEIRO; COUTO, 2008; SCHRAIBER *et al.*, 2010). A afirmação desta frase só foi possível a partir da década de 1990, quando as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) destacaram as especificidades masculinas e suas diferentes fases da vida por terem, em geral, relação com a forma com que o homem vive e se socializa e com a mortalidade (COURTENAY; KEELING, 2000; SCHRAIBER *et al.*, 2010). Até aquele momento, os estudos focavam em doenças ligadas à sexualidade e à saúde reprodutiva, ignorando que as diversas formas de construir e vivenciar as masculinidades e os contextos socioculturais influenciam diretamente a saúde de homens (COURTENAY; KEELING, 2000; PINHEIRO; COUTO, 2013). A partir do reconhecimento de que as altas taxas de morbimortalidade dos homens remetem a uma perspectiva relacional de gênero, foi sancionada em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa política foi formulada pelo Ministério da Saúde (MS) e tem como diretriz principal promover ações de saúde com enfoque na prevenção, de forma a contribuir significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos (BRASIL, 2008; MOURA *et al.*, 2016). A partir deste cenário, os estudos sobre masculinidades e saúde buscaram compreender, segundo Couto e Schraiber (2005), “as formas de se trabalhar os coletivos dos homens, diante da promoção e prevenção das questões relacionadas ao modo pelo qual esses sujeitos vivenciam seus adoecimentos e cuidados de si e de outros”, dando importância para a construção social do gênero como modelador da percepção dos processos de saúde-doença.

O conceito de gênero, apesar de operar nas diferenças biológicas, não é algo natural ou inato, mas construído socialmente. Para isso, depende de e envolve normas e esforços individuais a partir de designações e padrões comportamentais

adequados a serem realizados perante a sociedade, os quais definem as características entre homens e mulheres e suas relações (SCOTT, 1995; COUTO; SCHRAIBER, 2005; BARATA, 2009; CONNELL, 1997). O conceito também inclui as relações de poder entre homens e mulheres e, conseqüentemente, como as desigualdades entre eles são acentuadas (SCOTT, 1995). Cabe ressaltar que a identidade de gênero perpassa a dicotomia homem-mulher; cada pessoa construirá seus próprios modos de vida e então sua própria identificação. Outras identidades de gênero são afetadas por esse caráter relacional e de poder, assim como também são afetadas as feminilidades e masculinidades marginalizadas, que correspondem a homens que não se encaixam no padrão elegido (CONNELL, 1997).

A masculinidade hegemônica está relacionada às crenças, atitudes e práticas que servem de referência para a definição do que é ser homem em um determinado contexto (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; GOMES; NASCIMENTO, 2006; MACHIN *et al.*, 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Connell (1997) legitima que a masculinidade hegemônica se trata de um referencial simbólico socialmente construído a partir de um conjunto de atributos que caracterizam a identidade masculina, porém, se trata de um modelo ideológico no qual não é possível ter todos estes atributos em um só sujeito. O padrão de homem idealizado tem como referência ser branco, heterossexual, agressivo, viril e competitivo tanto no trabalho quanto nas relações sexuais, invulnerável, misógino e por isso repudiar a homossexualidade (CONNELL, 1997; MACHIN *et al.*, 2011; KIMMEL, 2016). Todo esse padrão ideológico associado à masculinidade traz conseqüências nocivas para as vidas dos homens. Demonstrar ser viril, agressivo, competitivo e invulnerável impõe aos homens viver em situações que envolvem correr riscos ao longo da vida, seja nas situações insalubres de trabalho ou comportamentos nocivos para a saúde, tais como o abuso de cigarro, álcool e outras drogas, ou ainda na exposição mais frequente a situações de risco para acidentes e violências (BARATA, 2009; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; MOURA *et al.*, 2016; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Essas situações que trazem risco à saúde expressam uma necessidade dos homens em reafirmar elementos como honra, força, autoridade e

poder, e nada mais são que a necessidade de reconhecimento e inserção social (COUTO; SCHRAIBER, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006). Tais comportamentos representam construções sociais de gênero por não terem razões estritamente biológicas para homens se colocarem em mais situações de risco do que as mulheres, elevando os índices de mortalidade e representando para os homens uma menor expectativa de vida (BARATA, 2009; MOURA *et al.*, 2016; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A heteronormatividade e a misoginia como forma de construção da masculinidade também afetam a saúde de homens (KIMMEL, 2016; ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; WELZER-LANG, 2001; CONNELL, 1997). Isto porque há entre os homens uma repulsa a qualquer atividade ou expressão que seja culturalmente associada ao gênero feminino. Entre elas, o cuidado e autocuidado são associados a funções preferenciais das mulheres. No estudo de Silva, Budó e Silva (2013), o cuidado foi sempre feito pela mãe, esposa ou irmã, apenas ocorreu com homens de forma substitutiva, ou seja, na ausência da mulher por enfermidade ou gravidez, reforçando o papel preferencial da mulher para essas funções.

O ideal hegemônico de masculinidade em nossa cultura, além de comportamentos de risco e da misoginia, é marcado pela virilidade sexual e laborativa, e esta construção também é mantenedora de sofrimento por não permitir que homens falhem na vida sexual nem no trabalho (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; ZANELLO; ROMERO, 2012). Essa forte relação, potencializada pelo neoliberalismo, com o ser provedor coloca o trabalho como centralidade na vida dos homens (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2021). O exercício laboral é visto, então, como um referencial identitário que representa a masculinidade, assim como a falta do trabalho pode impactar negativamente a identidade masculina e as condições de vida e de saúde de homens. Para Barker (2010), não ter um trabalho é associado pelos homens como não ter identidade social; é sinônimo de vergonha, estresse e depressão.

A masculinidade hegemônica é compreendida como geradora de comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento e provocando nos homens comportamentos não saudáveis,

umentando a possibilidade de adoecer e dificultando a busca dos homens pelos serviços de saúde. Nascimento, Trindade e Gianordoli-Nascimento (2011) afirmam que todos esses aspectos contribuem para tornar homens mais vulneráveis às doenças, pois ao se sentirem invulneráveis não adotam comportamentos preventivos, não querem demonstrar fraqueza e não relatam qualquer sintoma de dor a não ser que esteja insuportável. Essas características masculinas somadas à falta de um ambiente acolhedor e visivelmente capaz de atender às suas demandas dificultam a busca por serviços preventivos, como a atenção básica. Diversos estudos corroboram com essas características a partir dos principais motivos atribuídos pelos homens para sua ausência nos serviços de atenção primária, entre os quais destacaram-se: o receio em procurar por assistência médica e ser visto como fraco ou vulnerável, a associação tradicional entre autocuidado e feminilidade, os serviços de saúde serem espaços essencialmente femininos e a postergação do autocuidado devido às exigências da rotina de trabalho (COUTO; SCHRAIBER, 2005; COUTO *et al.*, 2010; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; KEIJZER, 2003; MACHIN *et al.*, 2011; NASCIMENTO; GOMES, 2008; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; WHO, 2001).

Dentre as justificativas apontadas pela baixa procura aos serviços de saúde, a visão de serem espaços preferencialmente femininos se mostrou uma barreira institucional importante. Apesar de haver campanhas para homens, as estruturas dos serviços de prevenção visam, de modo geral, a higiene e a puericultura, privilegiando o binômio mãe-filho/mulher-criança e reforçando a cultura de cuidado voltado para as mulheres. Para Machin *et al.* (2011), amparado pelas entrevistas com profissionais de saúde da atenção primária de seis municípios do Brasil, a oferta de ações nesses espaços deixa o homem pouco à vontade, o que acaba por estabelecer uma influência significativa na maneira como este gênero se relaciona com o cuidado em saúde. Arruda *et al.* (2014) ressaltam que há carência de demandas corriqueiras de homens e uma criminalização da utilização de álcool e outras drogas como motivos que podem afastar os homens do serviço de atenção básica. Devido à pouca proximidade com o cuidado de homens, é comum que os profissionais de saúde apresentem dificuldades de atender este público, não

reconhecendo o corpo masculino como passível de autocuidado e, por conseguinte, reforçando a ausência dos homens nos equipamentos de saúde (FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2010; COUTO *et al.*, 2010; MACHIN *et al.*, 2011).

A busca pelo cuidado ocorre então, em geral, quando a dor ou sofrimento são insuportáveis, o que se pode estabelecer uma relação com a gravidade das doenças ou o estado de saúde geral. Ou seja, os homens buscam os serviços de saúde quando a doença já está agravada, necessitando de mais e maiores intervenções, exames investigativos e procedimentos específicos no âmbito secundário (hospitalar) quando comparados às mulheres (ARRUDA *et al.*, 2014). Além disso, há uma preferência dos homens em buscar por locais que realizam pronto-atendimento com fins curativos e que emitem atestado médico justificando a emergência da ausência em suas atividades laborais, como no caso dos prontos-socorros, e não o cuidado longitudinal (COUTO *et al.*, 2010; FIGUEIREDO, 2005; GOMES *et al.*, 2011).

Segundo a OMS, devido às dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde da população em geral, aumenta a necessidade de se explorar estratégias inovadoras para promoção de autocuidado. O autocuidado é definido pela OMS como “a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades promover a saúde, prevenir doença, manter a saúde e lidar com a doença e deficiência com ou sem apoio de um profissional da saúde” (WHO, 2022). Essa definição reconhece o indivíduo como principal gestor de seus cuidados em saúde, o que inclui a promoção à saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, reabilitação e cuidado paliativo. Martínez *et al.* (2021) ressaltam que a gestão do autocuidado focada no indivíduo representa um ato de autonomia e autoconhecimento. Os autores definiram o autocuidado em uma análise de conceitos como “a capacidade de cuidar de si mesmo, por meio da consciência, autocontrole e autoconfiança para alcançar, manter ou promover saúde e bem-estar ideais”. Sendo assim, o autocuidado inclui, além de cuidados referente à saúde biológica, todas as estratégias que envolvem redes de apoio como religião, esporte ou quaisquer outras relações sociais ou ações individuais que cada indivíduo faz de modo consciente e planejado que promovam bem-estar, os quais consequentemente promoverão uma melhor saúde mental.

## 1.2 SOFRIMENTO MENTAL E MASCULINIDADES

A construção social do gênero afeta as formas de expressão do sofrimento e a gestão do autocuidado de homens e mulheres. Em relação às diferenças de gênero nos modos de sofrer psicologicamente, encontra-se um volume maior de estudos de adoecimento mental de mulheres. Entre as explicações, as mulheres têm uma maior facilidade em falar sobre suas aflições, buscam mais os serviços de saúde por fatores hormonais, genéticos e culturais e sofrem com as desigualdades de gênero vivenciadas, como acúmulo de jornadas de trabalho que incluem a maternidade, atividades domésticas e laborais (sofrendo ainda com a desvalorização no mercado de trabalho) (LUDERMIR, 2008; BARATA, 2009). Martin, Quirino e Mari (2007) apresentam como possível fator de aumento do diagnóstico de transtornos mentais comuns em mulheres a popularização do termo depressão somado às questões sociais que vivem grande parte das mulheres no nosso país. Nesse estudo, as situações de extrema vulnerabilidade presentes nos contextos socioculturais das mulheres dificultam a diferenciação de um sofrimento mental patológico a um espelho da infelicidade sentida, encontrando no diagnóstico e tratamento uma legitimação para esse sofrimento.

As mulheres apresentam, mundialmente, o dobro das taxas de diagnósticos de transtornos mentais comuns que os homens (BROMET *et al.*, 2011). No entanto, há uma vertente de estudos que problematizam essa alta prevalência da doença mental para as mulheres devido aos critérios diagnósticos existentes enquadrarem melhor o sexo feminino (MARTIN; NEIGHBOURS; GRIFFITH, 2013). Ludermir (2008) propõe que o reconhecimento de que as mulheres vivem em situações que necessitam de maior aporte para sua saúde mental não impossibilita a existência de um sofrimento mental não reconhecido em homens. Para tanto, Martin, Neighbours e Griffith (2013) avaliaram a prevalência de depressão na *National Comorbidity Survey Replication* em uma amostra representativa de pessoas nos EUA e propuseram a inclusão de sintomas chamados por eles de externalizantes (irritabilidade; ataques de raiva/agressão; abuso de álcool/outras drogas; comportamento de risco; hiperatividade e estresse) somados aos sintomas convencionais da depressão para identificação do diagnóstico de episódio



depressivo em homens. Na prerrogativa que a população masculina é regida pela construção social do gênero, e isto implica nas diferentes expressões de sofrimento de homens, o estudo concluiu que, ao combinar os sintomas alternativos e tradicionais, as disparidades sexuais na prevalência de depressão são eliminadas, ou seja, a prevalência de depressão se igualou para ambos os sexos. Levar em conta somente sintomas característicos da população feminina para identificação e diagnóstico dos transtornos mentais, entre eles a depressão, pode gerar um subdiagnóstico em homens. O modo tradicional de subjetivação dos homens se sustenta na misoginia e no machismo. Logo, demonstrar o sofrimento a partir do choro, apatia, fragilidade e vulnerabilidade está em desacordo com os ideais sociais de masculinidade (FIGUEIREDO, 2005; COUTO *et al.*, 2010; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHIN *et al.*, 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; ZANELLA, 2014).

Dentre as formas de expressão, a mais comumente observada na população masculina é o uso de álcool e outras drogas. Elas são utilizadas como uma forma de anestesiar a consciência, aliviar o sofrimento. Esse comportamento também compõe uma forma de sociabilização masculina e inclui a virilidade no consumo das substâncias (ZANELLA, 2014; ALBUQUERQUE, 2020). Historicamente, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas predomina entre os indivíduos do sexo masculino, provocando grandes prejuízos a esse grupo da população, sobretudo enquanto fator preponderante para internações e mortes por transtornos mentais e comportamentais, chegando a três vezes mais que para as mulheres (MARTIN; NEIGHBOURS; GRIFFITH, 2013; ARRUDA *et al.*, 2014; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; MOURA *et al.*, 2016). O uso de substâncias psicoativas, além de ter impacto negativo sobre a saúde mental dos homens, também tem forte associação com a prevalência de acidentes de trânsito e atos de violências (agressões e homicídios) que também são ações relacionadas à identidade da masculinidade hegemônica (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; ALBUQUERQUE, 2020). Desta forma, é de suma importância que profissionais de saúde contemplem a variabilidade de expressões de emoções a partir do gênero, para que os diagnósticos de transtornos mentais comuns entre

homens não sejam incompatíveis com a realidade sociocultural, favorecendo o acesso aos cuidados em saúde mental, diminuindo o sofrimento psíquico e evitando desfechos mais trágicos, como o suicídio (MALUF; TORNQUIST, 2010; MARTIN; NEIGHBOURS; GRIFFITH, 2013; RODRIGUES; CARDOSO, 1998; WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016).

O sofrimento mental ou psicológico, apesar de diversas utilizações e conceituações, foi definido por Ridner (2004) como “o estado emocional único e desconfortável experimentado por um indivíduo em resposta a um estressor ou demanda específica que resulta em um dano, temporário ou permanente, para pessoa”. Andrade e Maluf (2017) complementam que o sofrimento psíquico é uma experiência subjetiva produzida em dado contexto sociocultural e atravessa os significados de adoecimento e cura que cada sujeito lhe atribui, ou seja, está diretamente relacionado àquilo que cada sociedade e/ou época considera como sofrimento. Para compreender essa subjetividade, tão necessário é localizar a relação com a construção do gênero, o caráter geracional, a posição desse sujeito na família e como ele se coloca perante à sociedade, assim como os modos de subjetivação com os quais se relaciona, já que as diversas formas de sentir e expressar emoções são modulados pelos padrões de gênero (ALBUQUERQUE, 2020). Desta forma, ao entender que o sofrimento psíquico está relacionado com a cultura e modula as formas de expressões, os diagnósticos biomédicos precisam abranger os fatores socioculturais envolvidos no processo de adoecer de forma individualizada, que vai além da análise de sinais e sintomas clássicos.

No Brasil, observa-se que estudos sobre sofrimento mental entre homens vêm sendo cada vez mais disseminados, mas ainda há um maior volume de pesquisas de cunho epidemiológico para identificação de transtornos mentais. Diversos estudos citam a baixa produção científica sobre as especificidades da saúde mental masculina e sobre o impacto das concepções de gênero e masculinidades sobre a saúde mental (ANDRADE; MALUF, 2017; ZANELLO, 2018; ALBUQUERQUE, 2020; GOMES; NASCIMENTO, 2006; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013; SILVA; MELO, 2021; WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016; SEIDLER *et al.*, 2016). Uma revisão sistemática de literatura sobre depressão

masculina pesquisou publicações entre os anos de 2003 e 2013 nas plataformas brasileiras LILACS e SciELO Brasil. Dos 17 artigos encontrados sobre a temática, 15 eram estudos quantitativos, de vertente epidemiológica, comparando os sexos. Apenas dois estudos utilizaram a metodologia de entrevistas com questionário, porém a metodologia foi utilizada para identificação dos sintomas depressivos. Os autores consideram que nenhum estudo utilizou das teorias de gênero e das masculinidades para a análise teórica e metodológica, e apontam a invisibilidade de pesquisas qualitativas e um incipiente número de pesquisas através das narrativas dos homens (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016). Na última década, um número substancial de estudos internacionais de abordagem qualitativa foi realizado com o objetivo de compreender as experiências subjetivas, necessidades e construções de masculinidade dos homens no contexto do sofrimento psíquico. Há duas revisões sistemáticas da literatura nas bases de dados internacionais sobre homens que sofrem com transtornos mentais comuns e incluíram 34 e 37 estudos. Ambas indicaram que as normas masculinas tradicionais impactam a vida de homens, principalmente quanto à expressão e gestão dos sintomas dos transtornos mentais comuns, além da dificuldade para buscar ajuda. Os estudos afirmam a necessidade de mais pesquisas sobre os fatores associados ao acesso dos homens aos serviços de saúde e o direcionamento nas intervenções clínicas para aumentar a aceitação dos homens aos tratamentos de transtornos mentais comuns (KRUMM *et al.*, 2017; SEIDLER *et al.*, 2016).

Para avançar nesta discussão é necessário investir em estudos que procurem abordar a saúde masculina em uma perspectiva que escape do determinismo biológico e reconheça os elementos socioculturais envolvidos, entre eles a construção do gênero considerando as múltiplas masculinidades, a partir da legitimação da escuta de outras vozes ocultadas pela voz hegemônica (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MALUF; TORNQUIST, 2010). Desta forma, são necessárias mais pesquisas qualitativas que possam identificar configurações culturais significativas na construção das masculinidades e sua inferência na saúde mental. Neste sentido, a análise das narrativas biográficas pode

auxiliar na reflexão sobre a construção social e suas implicações através das experiências e o sentido de adoecimento e autocuidado (CASTELLANOS, 2014).

## **2. OBJETIVO**

Este trabalho teve como objetivo compreender as construções das masculinidades como parte das experiências de sofrimento mental e de autocuidado nas perspectivas de homens.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo qualitativo através de entrevistas semiestruturadas com homens com sintomas depressivos que buscaram atendimento em dois CAPS do município de Santos - SP.

#### 3.1 LOCAIS DE PESQUISA

Os CAPS são unidades locais e regionais que oferecem atendimento diário e/ou ambulatorial às pessoas que apresentam sofrimento psíquico. Oferecem atendimento às crises em saúde mental e apoiam iniciativas de autonomia e interação social, permitindo que estas pessoas permaneçam junto aos familiares e à comunidade. Essa é uma proposta de cuidado aliada a outras formas de acolhimento e operacionalizada por uma equipe interdisciplinar composta por médicos, equipe de enfermagem, farmacêutico, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social entre outros profissionais (CORREIA; GONDIM, 2015; KINOSHITA, 1996).

Os CAPS do município de Santos atendem todas as categorias de transtornos mentais, sendo os mais frequentes aqueles considerados mais graves - o que é esperado para este tipo de serviço -, entretanto, não se exclui o atendimento de transtornos mentais leves. O modelo de tratamento oferecido tem características ambulatoriais e médico-psiquiátricas.

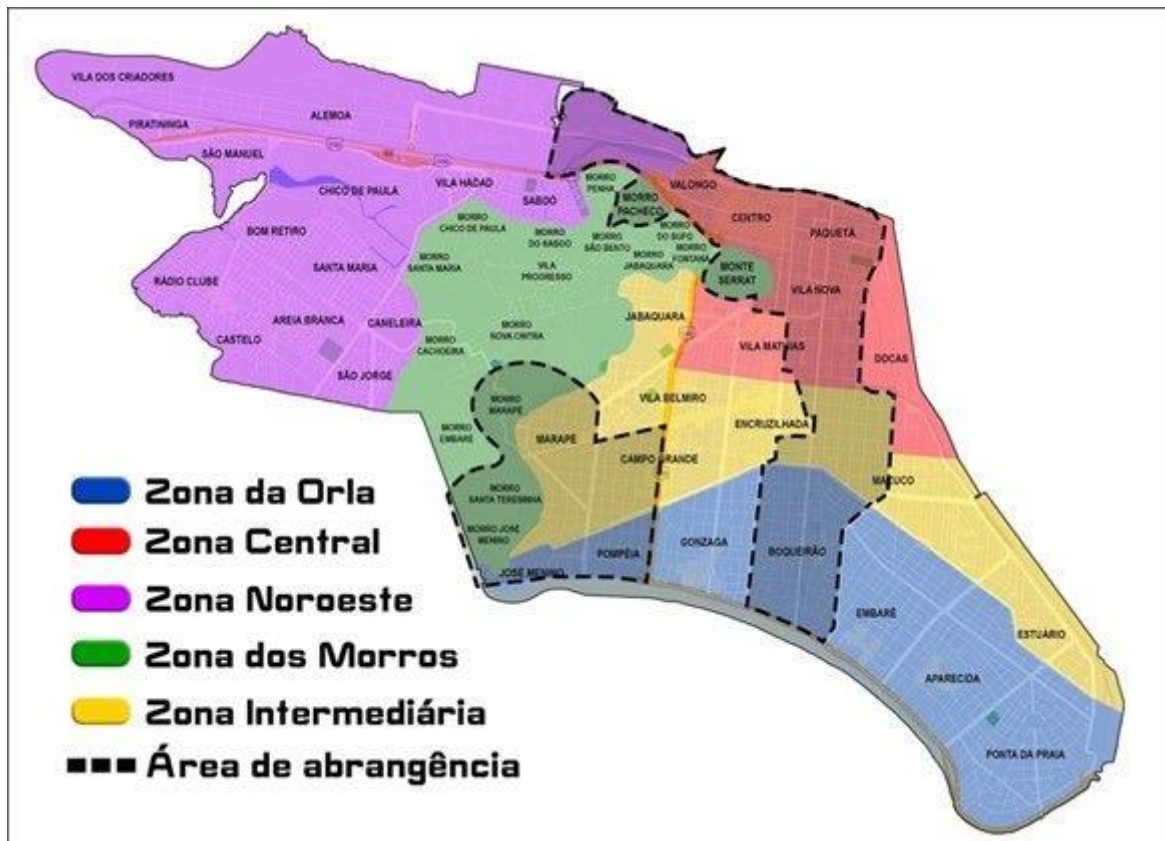
As cinco unidades CAPS para adultos do município estão classificadas na modalidade III, ou seja, com suas especificidades e atendimento para crises em saúde mental com acolhimento integral 24 horas por dia, quando necessário. O atendimento ocorre a partir da divisão territorial para pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais encaminhadas de outros equipamentos de saúde ou que surgem por demanda espontânea. Além disso, há no município um CAPS referência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas para o cuidado de adultos (CAPS-AD) e outros três CAPS exclusivos para o cuidado do público infante/juvenil (CAPS-ADIJ).

Os CAPS atendem a diferentes populações conforme o território de abrangência. A abrangência de cada CAPS e as características da população que acessa cada unidade de saúde está ligada à zona de moradia. As zonas diferem entre si principalmente por diferenças socioeconômicas; a Zona Noroeste, Zona dos Morros e Zona Central se assemelham em relação à concentração da população de baixa renda e escolaridade e, por conseguinte, são áreas de maior exposição às vulnerabilidades. Entre as diversas formas de moradias evidenciam-se as casas em formas de cortiços, palafitas ou em encosta e alto dos morros. As famílias se aglomeram em espaços insalubres, pequenos, com umidade, sem infraestrutura e muitas vezes com ausência de esgoto. Vale ressaltar que, apesar da urbanização de diversos morros, ainda há no município ocupação de morros e encostas identificadas como áreas de risco sujeitas a deslizamentos e sem estrutura urbana (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2014).

Contrastando com essas zonas, a zona da orla concentra grande parte da população com renda superior a dez salários-mínimos (classe social de média e alta renda) e nível de escolaridade maior, habitando em áreas valorizadas e privilegiadas pela presença satisfatória de infraestrutura urbana, comércio e turismo. A zona intermediária aloca a ambiguidade das principais características das regiões do município: no mesmo bairro é possível observar precárias moradias como as de cortiços, como também prédios estruturados com área de lazer, assim como ocorre em todas as regiões do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2014).

Foram escolhidos para a pesquisa dois CAPS com distintas áreas de abrangência, como mostra a figura 1, os quais percorrem pelo menos um bairro de cada região do município, permitindo alcançar a diversidade populacional do município de Santos.

Figura 1 — Mapa do Município de Santos com a área de abrangência dos CAPS pesquisados



Fonte: O autor (2023).

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para a produção de dados adotou-se os seguintes critérios de inclusão: homens inscritos no serviço de saúde mental (em seu respectivo CAPS), em tratamento há pelo menos um ano, que apresentavam sintomas depressivos no momento do acolhimento inicial e estavam psicologicamente estáveis no momento da pesquisa, conforme sinalizado pela equipe assistente.

A pré-seleção dos participantes ocorreu a partir do livro de acolhimento. O livro de acolhimento é um caderno físico que é preenchido pelo técnico plantonista no momento do acolhimento inicial. Ele contém todas as informações pertinentes relacionadas à busca de cada pessoa ao equipamento: se a pessoa foi encaminhada ou procurou espontaneamente o serviço, quais principais sintomas relatados, região de moradia, qual ação de cuidado proposta pelo plantonista, entre outras informações.



A partir desse livro então foram pré-selecionados todos os homens que buscaram o serviço de saúde mental no ano 2020 (de janeiro a dezembro). As entrevistas ocorreram no período de março a maio de 2022, portanto, as pessoas incluídas no estudo tinham ao menos um ano de acompanhamento no respectivo serviço de saúde mental, o que permitiu visualizar as diferentes vivências referentes ao acesso aos equipamentos de saúde e apoio de outras redes a partir da doença mental e do cuidado prestado.

A escolha de incluir no estudo homens a partir de sintomas depressivos relatados se deu por conceber que pode significar para esses homens uma condição de vulnerabilidade extrema ou sofrimento mental intenso que impulsionou a busca por um serviço de saúde. Vale ressaltar que os sintomas depressivos não estão somente ligados ao diagnóstico dos diversos tipos de depressões, mas também de diversos transtornos de diversas naturezas, como ocorre com os transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, entre outros. É relevante apontar que, nesta pesquisa, os diagnósticos biomédicos de cada participante não foram objeto de análise, e sim como o sofrimento mental relatado impactou e impacta o cotidiano de cada um, pois envolve, além de protocolos biomédicos e medicamentosos, questões simbólicas e subjetivas de como cada pessoa reage e compreende o mundo. Desta forma, a instabilidade psicológica indicada pelos profissionais que os acompanham foi o único critério de exclusão, por ter no questionário perguntas sobre a trajetória de saúde-doença-cuidado que poderiam disparar gatilhos emocionais e piorar o sofrimento mental dos participantes da pesquisa e implicariam em questões éticas.

No primeiro CAPS, a partir do livro de acolhimento, foram identificados 30 homens com sintomas depressivos que se inscreveram no serviço no ano de 2020. Dos 30 pré-selecionados, 18 homens não continuaram o tratamento no CAPS. Dentre os motivos, mencionamos: foram orientados a manter o tratamento na atenção básica por não ter sido identificado, pelo profissional técnico acolhedor, sintomas graves a ser necessário acompanhamento em saúde no CAPS; foram encaminhados para o CAPS - AD por relatarem apenas questões da ordem do uso abusivo de álcool e outras drogas, não apresentando comorbidades psiquiátricas, ou por não comparecerem posteriormente para o cuidado ofertado pelo profissional de

saúde. Dos 12 possíveis participantes, dois foram excluídos por terem sido sinalizados pela equipe como psicologicamente instáveis no momento da pesquisa, totalizando 10 homens pré-selecionados a serem convidados a participar da pesquisa. Cinco homens foram contatados por telefone, quatro compareceram à unidade e aceitaram participar da pesquisa. Para o convidado que aceitou participar da entrevista e não compareceu, consideramos a recusa tácita. A falta de informações atualizadas em prontuário, como o telefone de contato, dificultou o convite dos outros cinco pré-selecionados.

Devido à quantidade de participantes se mostrar insuficiente para retratar o grupo social estudado, foi pertinente adicionar mais um CAPS do município como campo de pesquisa. Após aceite da adição de mais um CAPS como campo de pesquisa pelos comitês de ética, os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram adotados. Para este novo CAPS, foram sinalizados 18 possíveis candidatos à pesquisa: homens que buscaram o equipamento no ano de 2020 com sintomas depressivos. Destes 18 homens, sete foram encaminhados para outro equipamento de saúde ou não compareceram ao serviço para o cuidado ofertado, assim como no primeiro CAPS. Para o convite da pesquisa, foi tentado contato telefônico com 11 homens. Dois não atenderam ao telefone e dois participantes aceitaram participar da pesquisa por contato telefônico, porém não compareceram no dia marcado, e para estes dois últimos consideramos a recusa tácita. Neste momento da pesquisa foram entrevistados, entre os dois CAPS, 11 homens.

As entrevistas foram conduzidas no próprio CAPS de tratamento da pessoa, em uma sala reservada, a fim de garantir toda a confidencialidade necessária para a coleta de dados. A entrevista partiu de um roteiro temático (Apêndice A), composto por perguntas abertas, construído por questões amplas sobre sofrimento mental, razões e queixas que levaram o homem a buscar o equipamento de saúde, explorando as estratégias de autocuidado e os significados atribuídos a elas. A intenção foi captar as subjetividades intrínsecas através de cada narrativa, ou seja, de que forma que cada indivíduo percebe e descreve suas vivências e as correlaciona com o adoecimento mental. Cada vivência é reveladora de valores, crenças e normas, os quais descrevem os significados culturais em que cada um está inserido. A proposta era que a interação entre pesquisador e entrevistado

permitisse que ele falasse livremente sobre suas vivências, trajetórias de vida e de como as vê (MINAYO, 2013). Ressaltamos que a produção do conhecimento está no compartilhamento de significados culturais comuns entre a pesquisadora e os pesquisados, por isso houve a priorização de certas dimensões das experiências neste trabalho; na interpretação dos dados foi valorizado o material primário em discussão com o conceitual teórico (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008; DESLANDES, 2000).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que se utilizou de estratégias metodológicas e cuidados éticos para melhor condução e produção de dados. Alvesson (2003) exemplifica que “nas pesquisas convencionais é necessário se aproximar do objeto de estudo para melhor compreensão”, já no ambiente de trabalho esse processo deverá acontecer ao contrário, se afastar para estranhar comportamentos e atos já naturais no dia a dia, a fim de reduzir ou minimizar preconceitos e opiniões antecipadas acerca do objeto de pesquisa. A interação pesquisadora-pesquisado foi uma preocupação. A pesquisadora: uma mulher, jovem, branca, características que podem de alguma forma modular a experiência ou inibir a expressão dos homens entrevistados. A posição de profissional de saúde atuante nos serviços de saúde mental do município como farmacêutica permitiu uma maior interação e vinculação com os entrevistados. Apesar de, em alguns momentos, os homens pedirem desculpas ou perguntaram se podiam falar sobre questões sexuais, xingamento às outras mulheres ou palavrões, foi enfatizado antes e durante a entrevista que poderiam dizer qualquer coisa, da forma que melhor expressasse cada situação, conseguindo extrair o detalhamento das informações e uma melhor desinibição conforme o andamento da entrevista. Diante disso, consideramos que não houve implicações em viés ou limitação do estudo em razão da não paridade de gênero, principalmente por se utilizar de ferramentas e técnicas para aumentar a qualidade e confiabilidade dos dados obtidos.

A reflexividade foi utilizada como estratégia metodológica, e Lynch (2000) corrobora que a reflexividade é uma forma de acompanhamento de possíveis fatores que podem promover o enviesamento de uma pesquisa. A autocrítica proposital e constante é um ato de introspecção que permite ao pesquisador reavaliar e suas concepções e crenças prévias a respeito do objeto de pesquisa. A

principal ferramenta para a flexibilidade foi a técnica “*debriefing*”. Esta técnica infere na revisão dos dados da pesquisa imediatamente após cada entrevista. Segundo McMahon e Winch (2018), a ferramenta permite acompanhar sistematicamente os dados, realizando uma reflexão imediata sobre os principais achados, identificação e correção de lacunas metodológicas e imprevistos que podem ocorrer no campo. Após as entrevistas foram discutidos entre a pesquisadora e orientadora o teor das entrevistas, modo de condução, fluxo, perfil dos participantes e como melhor se posicionar em todo esse processo.

Nesse processo de reavaliação dos dados obtidos, chamou atenção o perfil dos homens entrevistados, que consistia em homens brancos, heterossexuais e com escolaridade elevada. Para garantir uma diversidade de experiências e elencar resultados os mais fidedignos possíveis relacionados ao grupo social em análise, retornamos ao campo de pesquisa. Dessa vez, utilizamos como estratégia para a seleção de novos participantes a indicação dos profissionais da equipe técnica de homens que frequentavam o serviço, que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão e que fossem negros e/ou mais dependentes dos recursos sociais oferecidos no município. Para completar o quadro de entrevistas foram entrevistados mais dois homens, findando o campo com um total de 13 homens entrevistados.

As entrevistas foram gravadas mediante consentimento e duraram em média 43 minutos. Posteriormente, os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra e codificados a fim de se manter o anonimato dos participantes, seguindo para análise.

### 3.3 ANÁLISES DE DADOS

A análise de dados foi realizada considerando os seguintes procedimentos: leitura compreensiva das transcrições e aglomeração dos dados empíricos em uma planilha Microsoft Excel<sup>®</sup>, a fim de ordenar e compilar os principais dados de cada entrevista (MINAYO, 2013; YIN, 2016). Os dados foram aglomerados a partir de questões espelhadas no roteiro temático a fim de verificar a suficiência das temáticas programadas. Schütze (2016) propõe que este material caracterize as

trajetórias de cada indivíduo, com as principais informações de quem fez o que, onde e por quê.

A partir dessa base de dados, foi possível fazer uma leitura vertical e exaustiva da compilação de cada entrevista até atingir a impregnação de seu conteúdo. Esta impregnação possibilita uma visão geral das particularidades e o entendimento da lógica do grupo social estudado (MINAYO, 2013). A próxima etapa é o que Yin (2016) classifica como decomposição, na qual há o agrupamento em elementos menores. Para a concepção desta etapa foi sinalizado na base de dados, a partir de leituras verticais, um conjunto de respostas que se destacaram e que são elementos organizadores para compreender o tipo de experiência vivida pelos participantes; esta decomposição deu aporte para a construção das categorias empíricas. A partir da criação das categorias empíricas, uma nova etapa de leituras compreensivas foi realizada para identificação das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos, buscando nas falas o teor que permite analisar as reflexões provindas de opiniões, conceitos e teorias capazes de expressar os valores as vivências relatadas (SCHÜTZE, 2016).

Gomes *et al.* (2005) ressaltam que a dimensão sociocultural de um grupo com as mesmas características costuma compartilhar de temas comuns. Há uma diversidade das singularidades provindas das diferentes crenças, valores, entre outros. Desta forma, a análise qualitativa deve dar conta do homogêneo e do que se diferencia em um mesmo grupo social. Neste estudo foi identificada uma homogeneidade entre os entrevistados referente às formas de expressão do sofrimento mental e de acessar e utilizar o serviço de saúde mental, se diferenciando pelas dificuldades e facilidades do enfrentamento da doença mental que são mediadas pela cultura, geração, crenças e valores e, ainda, construção das suas redes de apoio como o trabalho, serviço de saúde, religião, família, entre outras. Constatando a suficiência dos dados empíricos, passamos então a um recorte temático, reorganizando os temas em categorias analíticas. As categorias analíticas, assim como a recomposição dos dados proposta por Yin (2016), buscam dar significados mais amplos aos dados, nos quais temas e conceitos teóricos começam a surgir e é possível visualizar toda a essência da sua análise e o plano mais elevado e relevante que alcançou.

A partir da definição das categorias analíticas, uma nova leitura das transcrições foi realizada. Esta leitura tinha por finalidade identificar nas narrativas comparações e contrastes de experiências de sofrimento mental e autocuidado que podem ser compreendidas como um marcador no desencadeamento do sofrimento psíquico e/ou que permitiram dar sentido à vida apesar da doença mental. As narrativas estão sempre orientadas pela perspectiva biográfica, o que possibilita considerar a significação de como a pessoa se vê e se encaixa no mundo. Isso contribui para a reflexão sobre a relação da estrutura e ação social (CASTELLANOS, 2014). Todo esse processo descrito possibilitou, por fim, a elaboração da síntese interpretativa e conclusão do ciclo analítico, buscando pela compreensão de sentidos socioculturais mais amplos e subjacentes às falas dos participantes da pesquisa (GOMES *et al.*, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; SCHÜTZE, 2016).

### 3.4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho foi explorada a relação entre as masculinidades, sofrimento mental e autocuidado. Para tanto, é necessário explicitar que o referencial teórico do ideal hegemônico de masculinidade foi escolhido por representar a construção social tradicional masculina e, apesar dos avanços referente a este modelo ideológico, por influenciar as formas de expressão do sofrimento e gestão do autocuidado de homens. Tem-se o entendimento das diversas variações e expressões de masculinidades e das diferentes inserções socioeconômicas, étnicas, força, controle, resistência, virilidade, heterossexualidade, atividades e provimentos financeiros e morais também correspondem a elementos associados ao que é “ser homem” nas sociedades ocidentais e contemporâneas. Portanto, foi utilizado para reflexão e discussão dos resultados o referencial teórico sobre construção social das masculinidades baseado nos estudos de Raewyn Connell (1997), que considera a pluralidade, a construção e reconstrução constante das masculinidades, logo, há o entendimento que a masculinidade hegemônica é uma representação válida para a discussão, porém singular e que certamente não representará a única fonte de sofrimento quando considerada no contexto da saúde mental.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e com princípios contidos na Declaração de Helsink. O projeto e suas emendas foram aprovados pela Coordenadoria de Formação da Prefeitura Municipal de Santos (COFORM) e pelo Comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Santos sobre CAE 54478021.9.0000.0139.

Os participantes foram esclarecidos, através de um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (Apêndice B), quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, o caráter voluntário, à preservação de identidade e desistência da participação a qualquer momento sem prejuízo no tratamento, além de apoio assistencial caso algum indício de sofrimento mental adicional tenha sido desencadeado pela entrevista.

## 4. RESULTADOS

Os resultados foram estruturados em duas subseções: (1) Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados e (2) Apresentação dos resultados a partir das categorias analíticas.

### 4.1 ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

As principais características sociodemográficas dos 13 homens entrevistados estão no quadro 1 abaixo. Em relação à identidade de gênero, todos os participantes se identificaram como homens. Sobre a orientação sexual, dois eram bissexuais, um homossexual e os demais, heterossexuais (10). A faixa etária variou entre 23 e 72 anos, sendo que três entrevistados tinham entre 20 e 30 anos, três tinham entre 31 e 40 anos, quatro entre 41 e 40 anos, e três tinham mais de 50 anos. Em relação ao estado civil apenas um se mantinha em uma união estável e os demais eram solteiros (8), divorciados (3) ou viúvo (1). Quanto à cor da pele, três homens se autodeclararam como pardos, dois deles ficaram em dúvida sobre se autodeclarar pretos, como se viam, por estarem declarados pardos em seu registro geral, e os demais como brancos (10). A escolaridade variou entre ensino fundamental (1), ensino médio (4), superior incompleto (3) e superior completo ou pós-graduação (5). Em relação à situação perante o trabalho, seis deles estavam atualmente trabalhando e sete não, dos quais dois não possuíam nenhum tipo de renda e dependiam de sua esposa/mãe para todo aporte econômico familiar.

Para contextualizar as discussões optou-se por construir uma breve biografia a partir dos relatos de cada participante. Os nomes utilizados são de escritores renomados, as verdadeiras identidades foram mantidas sob sigilo. Essa descrição pode ajudar a caracterizar a posição desse sujeito na sociedade e compreender o contexto sociocultural e assistencial em que os dados foram produzidos, a partir do qual foram elaboradas as análises sobre como as experiências de sofrimento e autocuidado são moduladas pelas diversas construções das masculinidades.



Quadro 1 — Descrição sociodemográfica dos entrevistados

<b>Nome fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Cor</b>	<b>Orientação Sexual</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Condição perante o trabalho</b>
Monteiro	23	Branco	Heterossexual	Solteiro	Ensino médio	Atuando autônomo
Gabriel	24	Branco	Heterossexual	Solteiro	Superior (cursando)	Atuando (auxiliar de administração escolar)
Guimarães	25	Pardo	Heterossexual	Solteiro	Técnico	Atuando (Técnico de enfermagem)
José	31	Branco	Heterossexual	Solteiro	Superior completo (produção musical)	Atuando, autônomo
Euclides	37	Branco	Heterossexual	União estável	Superior incompleto	Desempregado Sem renda
Carlos	39	Branco	Bissexual	Divorciado	Pós-graduação	Atuando (Agente de organização escolar)
Érico	44	Branco	Heterossexual	Solteiro	Ensino médio	Atuando (Gari)
Fernando	44	Branco	Heterossexual	Solteiro	Pós-graduação	Afastado por doença (educador físico)
Manoel	47	Branco	Heterossexual	Solteiro	Ensino fundamental	Aposentado por invalidez
Rubem	50	Preto/pardo	Heterossexual	Divorciado	Pós-graduação	Afastado por doença (funcionário público)

Ziraldo	52	Pardo	Bissexual	Divorciado	Ensino médio	Desempregado sem renda
Jorge	54	Branco	Heterossexual	Solteiro	Superior completo (odontologia)	Aposentado por invalidez
Nelson	72	Branco	Heterossexual	Viúvo	Superior incompleto	Aposentado, atua como vendedor de livros

Monteiro – 23 anos, branco, solteiro, cisgênero, heterossexual. É evangélico, mas não estava frequentando muito a igreja. Completou o ensino médio e deseja ingressar na faculdade de moda. É autônomo com várias frentes de trabalhos. Mora com seus pais e refere ter uma condição familiar financeira boa. Demonstrou uma dificuldade ao falar da relação com os pais. Demorou um pouco, mas procurou o serviço por indicação de um amigo, exagerou no uso de codeína. Não sabe lidar com frustrações, às vezes fica agressivo, às vezes não quer sair da cama. Utiliza álcool esporadicamente e maconha para dormir ou para se concentrar. Costuma sair com os amigos, gosta muito de futebol, música, ler e escrever. Se considera um artista. Para cuidar melhor da sua saúde acha que deve usar corretamente a medicação prescrita, mas que não sabe se conseguirá pelos acontecimentos cotidianos da vida.

Gabriel – 24 anos, branco, solteiro, cisgênero, homossexual. É da religião evangélica, entretanto está conhecendo a religião umbanda, pois sempre teve curiosidade, mas tinha medo. Cursando superior em biomedicina, trabalha atualmente como auxiliar administrativo na área hospitalar. Mora com sua irmã, cunhado e sobrinhos. Divide as despesas com o cunhado, que é o mantenedor da casa. Procurou o serviço de saúde mental quando se mudou para a cidade para continuidade do tratamento que já fazia em um CAPS em outro município. Frequenta o CAPS desde os 14 anos quando se automutilava pela culpa e “*bullying*” de ser homossexual e gordo. Tentou suicídio algumas vezes, porém disse que não planeja, age por impulso. Não consome álcool nem outras drogas. Para se divertir costuma

jogar, ouvir música e ir à praia. Acha que não pode ficar curado da sua patologia, mas estável com a tomada correta da medicação.

Guimarães – 25 anos, pardo, solteiro, cisgênero e heterossexual. Não tem religião, se considera agnóstico, mas anda com uma guia de proteção que ganhou na Umbanda quando foi com sua mãe. Trabalha como técnico de enfermagem em um equipamento em saúde mental e estava atuando no momento da pesquisa. Gosta de trabalhar com pessoas e vê no trabalho uma forma importante de ocupar a cabeça. Tem o sonho de se realizar como artista, lançar sua própria marca de roupa com sua arte estampada. Mora com seus gatos de estimação. Procurou o serviço acompanhado pela sua mãe pós-pensamento suicida devido à solidão que sentiu ao morar sozinho. Relatou a experiência de uma adolescência com agressões físicas e morais causadas por seu pai; após separação dos pais necessitou morar com o pai e a madrasta devido à desestruturação financeira de sua mãe e irmã que engravidaram ao mesmo tempo. Por não conseguir manter o relacionamento com o pai, morou na casa de amigos e até mesmo na rua. Acha engraçado um homem do tamanho dele chorar, pois homem precisa aguentar as porradas da vida. Disse ter outras questões de saúde clínica, não sabe por que não procura um médico, mas pretende fazer isso logo. Gosta de jogar vídeo game e andar de skate. Utiliza de álcool e maconha frequentemente como forma de desinibição, diversão e por gostar dos efeitos que trazem. Se sente curado, mas ainda precisa continuar com a medicação, agradece o cuidado dos profissionais e orientações para a manutenção do seu tratamento; achava que nunca mais ia ser feliz novamente.

José - 31 anos, branco, solteiro, cisgênero, heterossexual. Gosta dos orixás e até já trabalhou em um centro espírita, no momento da pesquisa estava afastado da religião. Tem ensino superior em produção musical e atua administrando uma produtora musical de forma autônoma. Mora com seu pai, seu irmão e seu sobrinho e depende financeiramente do pai que já é idoso, e isso traz insegurança e sofrimento. Procurou o serviço devido à pandemia ter diminuído sua condição financeira, chegando ao ponto de pensar em suicídio, pois ao pagar o aluguel viu que não tinha dinheiro para comer. Devido a esta condição precisou voltar a morar e

depende de seu pai. Atribui o sofrimento às violências física e psicológica da mãe; também sofre por não ter um corpo que reflete um ideal másculo. Faz terapia com psicólogo particular e vai ao CAPS só para pegar receitas/medicamentos. Utiliza álcool esporadicamente, quando sai com os amigos; fuma maconha quase todos os dias para tirar a paralisia, a tristeza e trazer bem-estar. Não tem perspectiva de cura, sabe que é privilegiado, mas se sente muito infeliz.

Euclides – 37 anos, branco, em uma união estável, cisgênero e heterossexual. É espírita, não frequente. Superior incompleto em psicologia, não estava trabalhando no momento da pesquisa, pois não consegue se comunicar bem com as pessoas. Mora no apartamento da sua esposa com seus dois filhos e vivem com a renda dela que é autônoma. Atua como cuidador da casa e dos filhos. Chegou no serviço por demanda espontânea, por não aguentar mais a depressão, impulsividade e agressividade. Traz um sofrimento relacionado à comunicação e sociabilidade. Não tem amigos. Sente que a pandemia piorou essas dificuldades, já que antes conseguia ir para academia, fazer algum esporte ou meditar. Sente esse sofrimento há muitos anos, procurou diversos psicólogos e médicos particulares, mas nunca conseguiu manter um tratamento. Relatou o histórico de erros de diagnóstico e medicação, e isto acentuou sua impulsividade fazendo-o perder todo seu dinheiro na bolsa de valores. Não consegue fazer absolutamente nada da vida, não consegue ir a outros espaços públicos e de saúde. Gosta do atendimento do médico do CAPS, mas a medicação não faz o efeito esperado. Utiliza-se do álcool e maconha para dormir e para acordar. Associa sua melhora da saúde mental com uma melhor condição econômica, atividade física e terapia.

Carlos – 39 anos, branco, divorciado, cisgênero, bissexual. É de religião espírita, não-frequente ultimamente, mas vê na religião uma forma de guiar sua cabeça. Mora com o pai, o filho (tem a guarda) e um irmão, que também faz tratamento em saúde mental. Formado em administração, com pós-graduação em administração escolar, demonstra uma grande frustração por não atuar na área e ganhar um salário-mínimo como agente de organização escolar em uma escola estadual que odeia. Depende financeiramente do seu pai para seu sustento e do seu

filho, e isso traz muita frustração. Procurou o CAPS devido à pandemia ter mexido com a sua cabeça, tanto a partir de sequelas físicas, quanto pela perda de familiares que morreram com a doença, somados ao fim de um relacionamento no qual foi traído. Ficou ressentido e perplexo, pois foi traído no anterior também, e geralmente quem trai é o homem, então, não sabe se tem algo de errado com ele. Hoje tem dificuldades de ter relacionamentos sérios devido às traições. Vem se relacionando com amigos gays, e essa relação está trazendo bem-estar, nestes encontros bebe socialmente. Descreve um sofrimento grande relacionado à mãe desde a infância. Acha o tratamento no CAPS neutro, que a médica é estúpida e não tem empatia, utiliza o serviço como uma forma de pegar medicamento. Procura médicos e psicólogos particulares quando há uma necessidade maior por ele julgada. Acha que os medicamentos são importantes para ajudá-lo nessa fase em que vive, apesar de alguns efeitos colaterais relacionados ao desempenho sexual. Acredita que pode ficar curado, porém, somente quando outras questões da vida (financeira, amorosa) estiverem mais bem ajustadas.

Érico – 44 anos, branco, solteiro, cisgênero e heterossexual. É de religião evangélica, praticante. A igreja e a psicóloga do CAPS atuam como organizadores da vida dele, para não matar, não se suicidar, não cometer demais pecados e perdoar, para continuar sendo salvo por Deus. Coursou o ensino médio completo, trabalha como gari, estava atuando no momento da pesquisa. Mora com sua tia, um irmão e um primo. Refere grande sofrimento por sua mãe tê-lo abandonado na maternidade e também por saber que ele não nasceu do fruto de um amor, e sim de um estupro. Não conheceu seu pai e nunca o perdoou. Também relata um sofrimento por ter se relacionado com uma prostituta que o enganou e roubou o pouco que ele tinha. Por ter uma deficiência intelectual sofre “*bullying*” e sempre responde com agressividade. Por esse motivo chegou ao CAPS com indicação do seu chefe após agredir colegas de trabalho. Não bebe mais e sempre se afastou de drogas. Não entende bem sua medicação e nem seu diagnóstico, mas confia na psicóloga e no médico que o assiste. A igreja e orar são suas diversões. Para ficar curado precisa restaurar o lado emocional que foi quebrado.

Fernando – 44 anos, branco, solteiro, cisgênero, heterossexual. Já buscou cura em diversas religiões e crenças, no momento da pesquisa não frequentava nenhuma. Pós-graduado em educação física, está afastado por sua doença mental desde que ocorreram os ataques do PCC, quando desenvolveu pânico e não conseguiu ir trabalhar. Procurou o CAPS para continuar o tratamento que já fazia em outro município. Mudou para este município devido à pandemia, como uma forma de proteção para que a mãe e avó idosas mantivessem o isolamento dos demais membros da família. Vê na proteção e felicidade das duas um motivo para fazer alguma atividade, seja o autocuidado, dirigir ou ir até a praia. Não vê felicidade em nada, não há sentido em viver se iremos morrer. Vive isolado dentro do seu quarto, gosta de ler nas madrugadas, quando há silêncio, e a vida está em um ritmo compatível. A pandemia também igualou esse ritmo, pois obrigou o isolamento coletivo, assim os demais também puderam sentir o que ele sente. Não tem vontade de se relacionar nem sexualmente, nem socialmente. Não bebe mais e nunca usou drogas ilícitas. Passou por diferentes médicos, usou diversos medicamentos e se sente frustrado em ver as pessoas melhorando e ele não.

Manoel – 47 anos, branco, cisgênero, heterossexual, solteiro. Ensino fundamental completo. Foi ajudante de redação e de repente ficou assim. É aposentando por invalidez devido à sua doença mental. Mora em um residencial terapêutico. Quando viu já estava no portão do CAPS, não deu tempo nem de falar nada para seus pais. Gostaria de estar trabalhando, fazendo algo, mas o tempo não foi bom para ele, e isso é muito doloroso. Se sente mórbido, tolhido e esquisito, tipo jogar água fora da bacia. Descreve o tratamento no CAPS e na casa como intensivo, só participa. As vezes vai à praia passear, mas sempre fica na “escama”, pois não tem outro jeito de ficar. Acha que pode melhorar um dia.

Rubem – 50 anos, pardo, divorciado, cisgênero, heterossexual. Refere ser católico, era frequente e participativo das atividades da igreja; após entrar para maçonaria algo mexeu com sua cabeça, não frequenta mais nenhuma religião. Pós-graduado na área de engenharia e matemática. É funcionário público, está afastado do trabalho devido à doença mental, refere não conseguir fazer nem o cálculo do

pão. Mora com a mãe e dois sobrinhos, refere uma condição financeira familiar boa, entretanto gastam muito com questões de saúde de toda família. Suas primeiras crises de alucinações foram há 20 anos, mas manteve sua vida normal sem nenhum tratamento e medicação. Casou-se, teve filhos e após divórcio as crises de alucinações visuais retornaram junto com manifestações clínicas para as quais precisou de internação hospitalar. Acha importante cuidar de seu corpo, e vai frequentemente em diversos médicos. Referiu ser adicto de álcool e cocaína, que utiliza as drogas quando está em mania, usa muito e depois se arrepende e fica deprimido. Busca nos estudos e nos cursos uma forma de distração. Acha que pode ficar curado, não sabe como, mas pretende realizar ainda projetos relacionados à sua profissão.

Ziraldo – 52 anos, pardo, divorciado, cisgênero, bissexual. Gosta muito do misticismo e tem a Cabala como religião. Ensino médio completo, porém, autodidata para diversas habilidades, inclusive línguas. Trabalhou em diversos locais, incluindo produção de programas de TV. No momento da pesquisa não estava trabalhando e nem tinha nenhum tipo de renda/benefício, dependendo financeiramente de sua mãe até para comprar cigarros. Mora com sua mãe em uma quitinete e dorme em um sofá. Já teve uma condição financeira boa, e viajou o mundo todo na companhia do ex-marido. Também foi uma promessa no esporte. Devido à desconexão com a realidade, crise de alucinação e desentendimento com familiares tentou diversas vezes se suicidar, inclusive se jogando de um prédio de 10 andares. As sequelas físicas nos braços, pernas e coluna não permitem que ele desenvolva qualquer atividade laboral, porém não conseguiu nenhum tipo de benefício, está há mais de 20 anos sem renda, sem trabalho e fazendo acompanhamento no CAPS em busca de um diagnóstico que para os médicos não tem. Além das relações familiares conflituosas, principalmente da mãe que esperava amor e compreensão, o sofrimento mental se relaciona com os abusos sexuais sofridos na infância, por um amigo dos familiares e primos. Se considera alcoólatra, mas se mantém em abstinência e tem alta dependência por cigarro, precisando fumar cerca de três maços por dia para não surtar. Estudar, ver vídeos e seu amor pela música são os que o mantêm em sanidade.

Jorge - 54 anos, branco, solteiro, cisgênero, heterossexual. Prefere a religião evangélica, porém não se sente muito bem na igreja, pois as pessoas se aproveitam dele, pedem dinheiro e não pagam. Não tem certeza de que Deus existe, crê em Jeová e Nossa Senhora. Mora sozinho e se mantém com a aposentadoria por invalidez devido à doença mental. Sente-se frustrado por ter largado um emprego público para exercer sua profissão de dentista, porém não conseguiu manter os atendimentos. Sua aposentadoria às vezes não dá para arcar com todas as despesas e pede para o irmão uma ajuda financeira, já que seus pais são falecidos e sofre muito com a ausência deles. Não consegue trabalhar por suas condições físicas e mentais, não tem força nem para limpar o quintal. Relatou ter problemas mentais desde criança. Sofre com insônia, crises de ansiedade e pânico, com um cansaço físico, e às vezes sua pressão sobe. Já procurou diversos médicos e tratamentos, mas nada funcionou, hoje só faz acompanhamento no CAPS. Acha que se o médico mudasse sua medicação, dormiria. Relaciona a impotência sexual às questões de saúde mental e não se relaciona sexualmente por não conseguir satisfazer uma mulher. Gosta de sair para bares e restaurantes com seu amigo. Não acredita em cura, estava estável no momento da pesquisa e sabe que pode buscar o pronto-socorro caso não fique bem novamente.

Nelson – 72 anos, branco, viúvo, cisgênero, heterossexual. Frequentava a igreja evangélica, mas parou por não gostar que as pessoas se intrometam em sua vida. Superior incompleto em administração, é aposentado por idade, e ainda trabalhava como vendedor de livros autônomo antes da pandemia. O trabalho sempre foi sua motivação. Acredita que a doença mental é algo natural do seu organismo, tem dias que se sente desmotivado e não consegue sair de casa. Sente por não ter conseguido ser pai, pois sua esposa tomou a frente no cuidado com os filhos. Os dois filhos fazem tratamento em saúde mental por depressão e uso abusivo de drogas, ele só queria que eles fossem felizes. Teve uma infância difícil, o pai saiu de casa quando ele tinha cinco anos, e ele e os 10 irmãos precisaram trabalhar para a subsistência. Tem outras comorbidades para as quais faz todos os tratamentos médicos, não vai ao psicólogo, pois tem coisas que precisa resolver sozinho e não quer pagar para chorar. Não fuma nem bebe mais, e não gosta mais



de sair. Acha que pode melhorar sua saúde a partir de uma alimentação saudável e com a prática de exercícios físicos.

## 4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Os resultados do estudo foram organizados em categorias temáticas e a interpretação baseou-se na articulação de duas principais categorias:

Quadro 2 — Categorias analíticas e suas definições

CATEGORIAS	CONSTRUÇÕES SOBRE
Experiências de sofrimento mental: gênese e formas de expressão	A origem e formas de expressar o sofrimento, bem como pontos críticos da vivência com a doença mental.
Experiências de autocuidado	As diversas formas de autocuidado utilizada que possibilitaram dar continuidade à vida mesmo com o sofrimento mental.

## 4.3 EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO MENTAL: GÊNESE E FORMAS DE EXPRESSÃO

Nesta categoria apresentamos os principais significados atribuídos pelos homens relacionados à origem do sofrimento mental e as diferentes formas que utilizam para expressar esse sofrimento. Também analisamos como eventos da vida cotidiana podem potencializar o sofrimento mental progresso, como ocorreu com a pandemia da Covid-19, que reverberou perdas de vidas, sequelas físicas, mentais, e muitas incertezas, principalmente da ordem econômica.

### 4.3.1 O “abandono” do feminino como a gênese do sofrimento

A origem do sofrimento, na maioria dos relatos, foi relacionada pelos homens como decorrente a uma vivência de abandono. O “abandono” foi significado a partir das experiências de desamparo, como ser deixado na maternidade, ou em um

serviço de saúde, ou vivenciar o pai indo embora de casa, mas também a partir de conflitos que culminaram em desapoio, agressões físicas e psicológicas, traições e divórcios.

Destaca-se nos relatos a relação que os homens fazem do “abandono” a uma figura feminina desviante. Esta relação pode estar ligada às expectativas da conformidade que o gênero feminino culturalmente impõe, daquela mulher que deveria ser cuidadora e fiel.

Idealmente, a mãe é vista como alguém que expressa todo seu amor materno em forma de proteção, cuidado, carinho, ternura, bondade e provê o apoio emocional. Nos discursos, entretanto, a mãe aparece como alguém que não protegeu e ainda violentou, como observamos na fala de José. Ou como relatou Zivaldo quando esperava o acolhimento da mãe ao contar sobre o abuso sexual sofrido, porém, ao contrário, recebeu gritos e incompreensão:

“O início da minha depressão foi minha mãe né? (...) a minha depressão foi por esse trauma que eu passei com ela, sofri abuso físico, sofri juramento de morte, ela puxou uma faca pra mim e correu atrás de mim com a faca. Ela sempre me botou pra baixo, me chamou de merda, todas essas coisas, isso mexeu bastante comigo, nunca tive muito carinho dela” (José, 31 anos, branco, produtor musical autônomo).

“E eu tô segurando assim... tô segurando para não tombar sabe?! Minha mãe não facilita em nada, grita comigo. (...) quando eu fui contar pra minha mãe que eu sofri abuso sexual, ela: “É seu filho da puta? Não quero saber dessa história não!” (Zivaldo, 52 anos, pardo, desempregado).

O “abandono” sofrido por esses homens ocorreu, na maioria dos relatos, na infância e repercutiu em todas as fases da vida dos entrevistados. Alguns se auto titularam como “crianças ou adolescentes problemáticos”. O sofrimento patológico ocorreu com o passar do tempo, somado a outros sofrimentos que ocorreram na vida adulta, como relatou Carlos:

“Oh eu tive muitos problemas com a minha mãe na infância, a gente vivia muito pressionado, muita briga, e assim, talvez alguns outros aspectos foi equilibrando de eu não entrar em parafuso, vamos dizer assim... só que, ao mesmo tempo acho que foi acumulando coisas. Aí depois que eu me separei, que foi uma frustração, da maneira que foi, aí desencadeou de vez

a depressão em mim” (Carlos, 39 anos, branco, ag. de organização escolar).

Os cônjuges do sexo feminino também foram citados como gênese do sofrimento. A construção social imposta sobre o papel da mulher na relação conjugal foi fonte de frustração por parte dos homens. A ideia de uma esposa fiel, companheira, respeitosa e submissa foi de encontro à fragilidade das relações experienciadas por eles, com situações de engano, mentira, roubo e traição, como demonstram as falas de Érico e Carlos. Érico relatou que foi enganado pela companheira, e este foi o estopim para a depressão; chegou ao ponto de querer se matar por causa da traição. Carlos se surpreendeu, pois a infidelidade é esperada quando se trata de homens, mas ele foi traído duas vezes por distintas mulheres, e essas traições reverberaram em um bloqueio para novos relacionamentos.

“(...) eu mesmo queria acabar com a minha vida por causa dessa mulher, entendeu? Eu me envolvi com uma mulher, a mulher era uma prostituta. Eu descobri, vou te falar que tu é mulher, aí a mulher me enganou, foi pegando todo o meu dinheiro, e aí me deu uma depressão danada!” (Érico, 44 anos, branco, gari).

“(...) o término do relacionamento me deu um aprendizado por um lado, mas por outro me deixou com bloqueios de me relacionar com outras pessoas. E já foram dois não foi um só, então assim, normalmente com a nossa idade praticamente o homem é quem faz as coisas de chifrar, então pra mim foi muito assim... Pensei: “Um tá bom, acontece, tem mulher que chifra”, mas na segunda falei: “Não é possível”. Era o relacionamento mais intenso que eu tive foi com essa última” (Carlos, 39 anos, branco, ag. de organização escolar).

Nos relatos acima os homens associam a experiência de abandono como determinante para o sofrimento patológico. Outros, no entanto, correlacionam as dificuldades em lidar com frustrações ao sofrimento mental, e que o excesso de zelo dos familiares para consigo intensifica essas dificuldades. Fernando aponta em sua fala que o suporte demasiado dado pelos seus pais foi uma superproteção que permitiu que ficasse acomodado ou menos preocupado com sua autonomia, e hoje reflete e se arrepende, porém não consegue sair dessa dependência.

“Eu não pagava aluguel, então você já tem que trabalhar mais para pagar o aluguel. Ah, mas eu posso voltar pra casa da minha mãe se eu precisar, também tinha sempre uma fuga. Eu pensava na minha cabeça, na terapia, mas eu não sei se isso é uma superproteção que eu tive ou tenho que me deixou assim, então eu posso ficar jogado. Me sinto culpado disso, tipo assim, caramba!” (Fernando 44 anos, branco, educador físico afastado).

Dois dos entrevistados associaram a causa do sofrimento mental com condições genéticas ou como algo natural provindo do próprio organismo. O abandono paterno ou mesmo a precocidade diante de responsabilidades na infância não foram apontados como gênese do sofrimento. Entretanto, questionamentos acerca da infância se mostraram gatilhos emocionais e, desse modo, foi possível identificar uma educação geracional tradicionalmente sexista na narrativa, expressa pela postura de imposição do controle emocional. Em sua fala, Nelson disse que foi em um psicólogo apenas uma vez, e não voltou porque ele o fez refletir sobre as dificuldades de sua infância, pensar sobre isso o fez chorar muito e ele não quis pagar para chorar mais.

“Eu não me queixo do meu pai não, aconteceu, a vida é assim! (falando do abandono que teve do pai na infância). Isso (o sofrimento) é natural do meu organismo assim, não é coisa da cabeça não, eu não vou me lembrar de um passado vou ficar triste e não vou sair e deixar de fazer algo. Eu tenho que ter motivação, eu tenho que ter algo a fazer, mas é que isso venha me prejudicar acho que não (...) porque o problema a gente tem que dar solução. Tem que resolver, a gente tem que dar solução não é os outros que tem que resolver. Então assim, eu tô com 72 anos, eu só fui ao psicólogo uma vez e eu comecei a chorar, ele pediu pra eu cuidar da infância até aí eu digo: “Ah você vai se danar, porque eu não vou vir aqui mais não, eu não vou vir aqui chorar, estou pagando pra chorar você é louco”? Não fui mais não, dificuldade eu tive uma infância muito sofrida, meu pai nos abandonou eu tinha cinco anos de idade e minha mãe só. Eu tô pagando pra chorar, se é louco? Eu vou embora!” (Nelson, 72 anos, branco, aposentado).

#### 4.3.2 Expressão do sofrimento

Diversos foram os relatos sobre a forma de sentir e expressar o sofrimento. Para alguns a expressão ocorre a partir dos sintomas depressivos tradicionais, como choro, desânimo, falta de vontade de fazer as atividades habituais, higiene prejudicada, entre outros. Fernando explicou que fica fechado dentro do quarto

tomado por pensamentos negativos, não acha ter sentido em viver se vai morrer um dia. Conta do seu planejamento de fazer alguma atividade, porém não tem disposição para concretizar o plano ou quando consegue logo se questiona o porquê está fazendo aquilo. E isso o desmotiva e depois não consegue mais realizar a atividade. Relata em sua fala o quanto isso é frustrante e angustiante, pois mesmo com o passar do tempo, com o tratamento, esses sentimentos não melhoram.

“Bom, um cara de quarenta e quatro anos que não sai de casa, fica fechado no quarto, isso é uma coisa que pra família, pra mim, mesmo sem pensar nos outros ainda, amigos e tudo, mas é uma coisa que eu quero tirar, porque não tem sentido fazer nada. Aí não consegue fazer o que fazia, mesmo que seja orientado, mas pelo menos lia, escrevia, conversava, saia pra conhecer alguém, mas uma coisa de viver, então não tem sentido de viver porque você vai morrer, então, algo de tragédia, vai ser roubado, vai ser assaltado, vai cair árvore, vai cair, viver com medo. . . Não são todos os dias, mas essa coisa quando dá, não me reconhecer no espelho, não me reconhecer, fica escutando na cabeça, parece que tem duas pessoas falando na minha cabeça, parece que tem duas pessoas diferente. Aí um dia planeja alguma coisa de fazer, aí no outro dia não consegue fazer, que não quer fazer, não tem mais o que você planejou no dia, já outro dia não é nada, parece que é ruim da cabeça, mas tira, desliga um botão, então? Uma coisa que parece não, não tinha isso, era uma coisa que, tem que ter calma, tem que, muitos anos você tá passando então, fica angustiado, olha vai viver, vai se divertir. Eu vejo o pessoal, mas eu vejo as vezes o pessoal indo pra praia eu acho que gostava de ir, mas não tem sentido eu ir. Ah, mas eu tenho que ir tomar sol, fazer alguma coisa e tal, mas se eu consigo ir um, dois dias assim, parece que é uma alegria imensa, aí depois ao mesmo tempo vem o porquê? Por quê? E daí, tem vez que você piora e não tem força de sair, é muito diferente do que eu fazer alguma coisa, acordei tomei café alguma coisa, tomei um banho, lavei o rosto e saí pra uma rotina, outro dia só pra levantar da cama é um sufoco” (Fernando 44 anos, branco, educador físico afastado).

Para outros homens, a expressão do sofrimento se manifesta a partir de um misto de sintomas depressivos, ansiedade e sintomas nomeados como externalizantes, como impulsividade, agressividade, autocoerção e autodestruição. Exemplificamos a verbalização dessa expressão através dos trechos das duas narrativas abaixo: Érico contou que foi internado em um hospital psiquiátrico devido à alta agressividade que tinha: ninguém podia ao menos olhar para ele que ele já queria agredir. Gabriel chora bastante como uma forma de aliviar a dor que está

sentindo e para evitar se automutilar, mas às vezes acaba fazendo alguma autoagressão por impulso, mesmo sem a intenção de se suicidar.

“Não lá no (nome do hospital psiquiátrico), por causa da agressão eu fui muito perturbada, muito perturbada, eu era uma pessoa perturbada mesmo. Se você olhasse para mim eu já ia falar o quê, que você tá olhando? Perdeu alguma coisa comigo? Já queria... se alguém me encarasse muito eu já queria meter a porrada logo” (Érico, 44 anos, branco, gari).

“Tem dia, quando eu tô sofrendo eu tento chorar bastante, com medo de me machucar sabe? Até que chorar pelo menos alivia, mas às vezes tem coisas que eu não sei, eu faço por impulso. Igual quando eu terminei o meu relacionamento lá em (nome da cidade), eu não pensei. Os médicos falam: “Você planeja seu suicídio”? eu falo: “Não”! Nunca foi planejado, é sempre um impulso. É como se eu não enxergasse o que eu tô fazendo, acontece... e eu fiz! Aí eu só vou ver o que eu fiz depois, passou. Aí da última vez eu fiquei em coma três dias, eu tomei bastante remédio, tomei Quetiapina, e tomei Rivotril, aí fiquei três dias em coma” (Gabriel, 24 anos, branco, aux. de administração hospitalar).

Assim como Gabriel, outros participantes relataram o histórico de tentativas de autoextermínio, como a intoxicação medicamentosa, o enforcamento, se jogar de um edifício e tentar ser atropelado foram métodos utilizados por eles para tentar findar o sofrimento. Ziraldo contou suas diversas tentativas de tirar sua vida devido às condições de vulnerável que vive somado a crises de alucinação:

“Eu não tenho cama. Eu não tenho cama. Não tenho celular, não tenho conta bancária, não tenho um real, não tenho benefício. Nunca me deram nada, entendeu?! Aqui, tentei me matar de me jogar tipo... tomei 162 comprimidos também, fiz duas lavagens estomacais porque quando eu tentei me jogar do décimo andar eu tomei veneno também. Fora as outras vezes de... tipo: entrar no mar para ir até o fundo e me matar tipo... deitei até embaixo do minhocão, na avenida, fiquei deitado lá pra passar um carro... um carro passar em cima de mim. Já pensei em me jogar do ônibus. Não podia ver janela, minha janela tem grade, porque se não tiver e eu estiver tendo uma crise ou alguma coisa...” (Ziraldo, 52 anos, pardo, desempregado).

Outros homens relataram que os pensamentos de tirar sua própria vida perpassaram à cabeça, porém crenças como a religião e pensar nos familiares foram medidas de suporte para não concretizar tal ato. Carlos relatou que, apesar de

nunca ter tentado suicídio, por ter sido doutrinado através de sua religião que no mundo espiritual há consequências para um suicida e por ter um filho para criar, havia uma vontade muito grande de se desligar, pois não via felicidade em nada e queria sair desse mundo.

“Nunca tentei, mas os pensamentos eram muito fortes, o desespero de desligar era muito grande. Era uma pressão interna, e aquela coisa, eu tenho consciência que não se deve fazer isso, tem consequências, tanto eu que sou espírita, quanto até deixar meu filho, tenho pensamentos, que eu..., mas assim chega um ponto, que o corpo e a mente parece que pede, sabe? Você precisa desligar sair daqui, esse mundo é louco, isso aqui está totalmente fora do normal, não vejo alegria, não tem nada de bom aqui, nada acontece, é um sentimento, assim, desesperador!” (Carlos, 39 anos, branco, agente de organização escolar).

Outras formas de aliviar o sofrimento foram citadas por grande parte dos participantes, como o uso de substâncias psicoativas, e foram consideradas como uma forma de expressar o sofrimento, lidar com a realidade, ou enfrentar as situações difíceis do dia a dia. O álcool foi a substância mais utilizada entre os homens pesquisados, utilizando-o como forma de socializar, desinibir e encorajar. O álcool foi para Zivaldo o primeiro remédio capaz de tirar os medos e acabar com todos os problemas:

“... Aí um dia ele me levou na (nome do bar em que foi com o primo) em (cidade onde o bar se localizava) eu achei o máximo porque todos os meus problemas acabaram. E todo, todo o medo que eu tinha, tinha acabado, entendeu?! Porque o álcool tirou, foi... meu primeiro remédio de fato, foi o álcool!” (Zivaldo, 52 anos, pardo, desempregado).

Quatro participantes disseram também utilizar maconha por diversão, para relaxar, ajudar a dormir, acordar, concentrar, tomar decisões, aliviar dores, tirar a paralisia, medo e tristeza, além de trazer bem-estar. Para Monteiro, a maconha supre as necessidades afetivas que faltam em sua vida.

“(...) se não tem o abraço da minha mãe eu... eu consigo também correr pra maconha às vezes” (Monteiro, 23 anos, branco, autônomo)

Para Rubem, o único que citou o uso dessa droga, a cocaína proporciona alívio em suas ideias suicidas.

“... Muito, da adicção meu, da adicção por..., mas assim, é só no dia pé na jaca. Adicção por bebida é cerveja, e não é muito porque eu já fico bêbado rapidinho e cocaína, mas é só naquele dia também. (...) Alívio, eu tenho ideação suicida, né? Então puta, isso me dá um alívio do caramba! (usar cocaína)” (Rubem, 50 anos, pardo, funcionário público afastado)

Além das diferentes formas de expressar o sofrimento, analisamos onde o sofrimento se expressa na vida dos sujeitos e para todos o trabalho se constituiu como a maior via de expressão. Para três participantes da pesquisa o sofrimento mental não modificou suas atividades laborais, pelo contrário, foi associado como algo que não deixou que o sofrimento fosse mais intenso. Nelson respondeu, quando questionado, se já precisou ficar afastado do seu serviço devido às questões com a doença mental: negou dizendo que o trabalho sempre foi sua motivação:

“Não, muito pelo contrário o serviço sempre me motivou. Me botou pra cima, a minha alegria era trabalhar” (Nelson, 72 anos, branco, aposentado).

Para os outros dez entrevistados o trabalho foi considerado como uma importante ruptura biográfica, pois modificou a forma habitual de viver, já que o trabalho constitui além de fomento financeiro, estrutura a identidade de cada sujeito. A falta do trabalho, ou a incapacidade de trabalhar parecem estar ligadas aos sentimentos de inutilidade e de irrealização como homem e cidadão.

Dos dez homens que necessitaram ficar por um período afastado do seu trabalho, quatro participantes conseguiram retornar do afastamento após iniciar o tratamento em saúde mental. Seis homens não conseguiram retomar as atividades laborais. Dos homens que não conseguiram retomar as atividades laborais, dois até o momento que findou a pesquisa de campo não conseguiram nenhum tipo de afastamento ou benefício, necessitando de sua mãe/companheira para qualquer recurso econômico.

Rubem demonstrou na sua fala toda sua frustração por ter sido tão produtivo, por ter estudado tanto, e hoje não consegue fazer um simples cálculo, não consegue terminar nenhuma atividade. Manoel disse que é muito doloroso e que se sente



imobilizado, que ele gostaria de estar trabalhando, ou na casa dele, porém se encontrava acolhido em um serviço de saúde mental, que mesmo o irmão dizendo para fazer alguma coisa da vida, de repente tudo mudou, ele não conseguia sair de casa, e não era porque não queria, era algo que vinha de dentro, como se tivesse feito algo errado, se sentia deslocado.

“Não tem como trabalhar, eu consigo trabalhar um ou dois dias ótimo, resolver tudo que possa imaginar do mais complexo. Pô, eu passei numa faculdade de engenharia e tem dias que eu não consigo fazer o cálculo do pão É frustrante. Eu lia dois, três livros por semana, converso de vários assuntos e tem coisas que eu vejo e não. não compreendo, esqueço, até esquecer, é que coisa assim de acordar e achar que está em outubro de noventa e seis. Aí, quando você vê o celular tu volta para dois mil e vinte. É complexo..., mas eu fui uma pessoa que fez bastante coisa, setor público, administração tributária, dei aula de matemática, fiz pós-graduação, aula de karatê tudo, só que quando eu entrei em crise agora em dois mil e dezenove, consigo começar e não terminar nada. Entendeu, hoje mesmo é um dia que eu nem sei como eu tô aqui, porque eu tô depressivo” (Rubem, 50 anos, pardo, funcionário público afastado).

“... É muito, muito doloroso pra mim, mas. Meu irmão sempre levantava a minha, né? ... “(apelido do entrevistado), vai fazer alguma coisa”, e eu “não, não!” Não conseguia mais sair de casa. Tava sempre em casa, parecia que eu tinha feito coisa errada. O erro foi muito feio. (...) me sentia estranho, deslocado, sabe o certo? Deslocado. Não, quando ia trabalhar... é... quando eu parei né?! Vi que mudou. Foi de repente!” Ah, eu fico, eu fico de jeito assim diferente né?! Não é porque eu quero, é porque... Bota, bota... a força, a força da alma também é muito... Chega na hora vai ficar tudo errado, tudo pensando errado. É, a pessoa pensa muito, fica em... Como fala? Perturbada né? É perturbada. Problemática. (...) Ah, tolhido, tolhido. Esquisito né?! Estranho... é isso aí. Tipo... Tipo jogar água fora da bacia, sabe? Assim, assim, nunca sai dessa. Queria tá em casa, trabalhando, alguma coisa, mas não deu certo, não deu certo” (Manoel, 47 anos, branco, aposentado por invalidez).

#### **4.3.3 Pandemia da Covid-19 como potencializador do sofrimento**

Apesar de não ter sido um objeto de pesquisa, a pandemia mundial do Covid-19 foi uma questão relevante a ser abordada nesta subseção. Além do grande impacto na saúde de milhares de pessoas, o agravamento de saúde devido às mudanças das ordens física, social, econômica e mental foi citado por cinco participantes da pesquisa. A pandemia foi considerada para os homens uma

situação crítica que obrigou a uma mudança no cotidiano e agravou questões de saúde mentais já existentes. Entre os desdobramentos secundários da infecção da Covid- 19 foram citadas sequelas no sistema nervoso central, experiência de morte de familiares, estresse devido às mudanças das rotinas, distanciamento social e, conseqüentemente, as dificuldades econômicas.

Carlos, em sua fala, demonstrou que diversas questões de ordem pessoal, como o trabalho e o término de um relacionamento, somados aos desdobramentos da pandemia, como a morte de familiares e as sequelas psicológicas devido à infecção do vírus, fizeram com que ele saísse da estabilidade da doença mental e necessitasse de um atendimento especializado novamente. Nelson também sofreu com sequelas físicas, necessitando ficar um mês internado devido à infecção do vírus, mas sente que o descaso do governo também potencializou seu sofrimento. José trabalhava como produtor musical e sentiu, na ordem financeira, as medidas de proteção, como o fechamento dos estabelecimentos e a proibição de eventos. A falta de dinheiro até mesmo para comprar comida fez com que José pensasse no suicídio e, devido a esta condição, precisou voltar a morar com o pai. O sofrimento causado por mudanças, como o retorno para a cidade natal, a necessidade do suporte financeiro do pai e a perda da privacidade, foi apontado por José como retrocesso e relatado como fonte de ansiedade pelo descaso do governo e desejo do retorno às atividades habituais.

“Eles me consideraram como paciente estável, e aí que eu te falei, ano passado eu peguei COVID, eu tive problema de quase *burnout*, eu tava entrando, eu perdi pessoas da família, aí relacionamento, então eu comecei a dar uma caída muito grande, e aí eu procurei o CAPS de novo. E a pandemia, fora que eu tive coisas psicológicas por causa do COVID, eu fiquei muito mal, tinha vezes que eu pensei que ia morrer (Carlos, 39 anos, branco, ag. de organização escolar).

“Então, mas aí eu tive Covid, fiquei 30 dias internado, fiquei no hospital, perto do (hospital que ficou internado) sabe? Então fiquei internado 15 dias de UTI, 15 dias de enfermaria. (...) sinto assim uma coisa que minha cabeça mudou depois dessa gripe aí, dessa coisa de corona porque é tanta coisa, tanta, só o que nós passamos com os absurdos do governo já é uma coisa que mexe com a gente tá entendendo?” (Nelson, 72 anos, branco, aposentado)

“O que mais mexeu mesmo foi a minha situação financeira, foi tanto que no dia que eu paguei o aluguel, aí eu vi que eu não ia ter dinheiro pra comer, não ia ter dinheiro, aí eu comecei a ficar desesperado tive uma crise e... cheguei a tentar (suicídio), mas aí no meio do caminho eu parei (...) Hoje eu moro com meu pai, meu irmão e meu sobrinho, por causa da pandemia eu voltei pra (cidade em que mora), tava seis anos em (cidade em que morava), aí como eu sofri lá na época ficou difícil na pandemia, aí eu tive que voltar.(...) a gente tá sofrendo com um governo que não tem muito incentivo pra cultura sabe? E eu fico preocupado com isso porque eu dependo da cultura, dependo de eventos, dependo de artista, eu dependo desse dinheiro para trabalhar, então tá difícil, perspectiva eu até tenho, mais parece que tá muito longe sabe? Isso me dá uma ansiedade muito grande sabe? Porque eu quero sair disso logo!” (José, 31 anos, branco, produtor musical autônomo)

Fernando relatou um descompasso entre a vida diurna e noturna, e, desse modo, preferia os hábitos noturnos diante da calma para realizar atividades que lhe davam prazer, como a leitura. A sensação de alívio foi descrita diante da experiência do isolamento social imposto pela pandemia da Covid-19. Além do sentimento de que todos puderam sentir o que ele sentia há anos como o isolamento e a solidão, a pandemia pareceu dar ritmo único à vida, e foi mais compatível com o tempo dele.

“Quando eu vim de (cidade em que morava) pra cá na pandemia, pra mim foi uma coisa boa a pandemia, não foi pra ninguém, mas pra mim as pessoas estavam vivendo o que eu tava vivendo há anos. Então “ah você ficar fechado em casa não sai, não sei o que...”, mas eu tava obrigado? Não tava obrigado, mas estava ficando, e as pessoas estavam obrigadas, e não aguentavam ficar. Não sei te falar se foi um alívio, mas pra... como pra mim eu funciono mais a noite, porque durante o dia tem barulho de trânsito, eu quero ficar quieto. A noite como tá silêncio eu quero ficar lendo sabe? Não é que tá parado parece que tá mais calmo, parece que pra mim dá um... esse agito, essas coisas pra mim assim, nossa eu fico desesperado! Então fico muito fechado em casa, parece que... Não é o paraíso sabe? Não é um paraíso assim... nossa a vida não podia ser melhor, mas não precisa ser tão corrido, nem tão agitado” (Fernando, 44 anos, branco, educador físico afastado).

#### 4.4 EXPERIÊNCIAS DE AUTOCUIDADO

##### 4.4.1 O acolhimento no serviço de saúde mental como precursor do autocuidado

Sobre a busca dos serviços de saúde em geral, seis homens frequentavam o serviço de atenção básica e de especialidades além do equipamento de saúde mental devido a comorbidades clínicas. Os demais não frequentavam outro equipamento de saúde. Dois homens reconheceram a necessidade de um acompanhamento com o clínico geral pelas queixas de saúde existentes, mas relataram dificuldades para ir às consultas médicas na atenção básica ou efetivar os exames pedidos, por falta de coragem, por preguiça ou porque no dia não conseguiram ir, sem motivo aparente, assim como relatou Guimarães:

“Não, para ser sincero não é um negócio que eu realmente me cobro, mas que eu não corro atrás é de fazer um *check-up*, né? Eu preciso fazer um *check-up*, eu tenho escoliose, eu preciso ver como tá minha coluna, eu queria fazer a cirurgia. Então, porque só de andar de bicicleta assim passa uns quinze minutos você já começa a sentir não uma dor, mas é um incômodo eu não tô indo atrás disso, mas eu me cobro, mas eu não vou atrás. Às vezes eu acho que é por preguiça mesmo, de enfrentar fila e ficar lá. Acho que é isso, é falta de vontade, eu sei que eu preciso, mas um dia eu vou tomar coragem e vou ir lá fazer” (Guimarães, 25 anos, pardo, técnico de enfermagem).

A busca pelo equipamento de saúde mental se deu para a maioria por demanda espontânea, sendo dois homens por encaminhamento da área hospitalar devido exacerbação de sintomas clínicos e/ou mentais. Dentre os motivos que os fizeram buscar o serviço citaram não aguentar mais os sintomas depressivos, pós-separação de seu cônjuge, abuso de substâncias psicoativas, crises de mania e/ou alucinação, agressividade, pensamentos ou tentativas de autoextermínio.

Os participantes relataram que o primeiro contato com o CAPS se deu a partir da sugestão de algum familiar ou amigo que aconselhou ou acompanhou até o serviço de saúde mental. Apenas Euclides disse ter procurado o serviço sozinho, sem o incentivo de ninguém, mas acha que demorou pois seus familiares não acreditavam no tratamento psicológico.

“Sempre tive, assim eu comecei agora uns dois anos mais ou menos, seu eu tivesse procurado ajuda, mas naquela época era diferente viu? Minha mãe nem pensar em psicólogo, ela morreu achando tudo besteira. Meu avô imagina? Ignorante, nunca procurar ajuda, não queria aceitar ajuda de ninguém” (Euclides, 37 anos, branco, desempregado).

Nenhum homem utilizava os espaços de construção coletiva do CAPS, ou seja, participava de grupos terapêuticos ou qualquer atividade coletiva. Sete homens faziam acompanhamento psicológico, quatro deles em consultório particular. Apenas um citou o acompanhamento com profissional não psicólogo no CAPS. Os demais utilizam apenas o ambulatório médico, como relatou Guimarães. Quatro homens disseram que necessitaram em algum momento pagar um psiquiatra particular, e os motivos foram: como primeira opção antes de conhecer o serviço público, para resolver demandas que não conseguiram no CAPS, como afastamento do trabalho, especialista para resolver questões relacionadas à insônia, e devido à troca constante de médicos no serviço público.

“A eu venho... A primeira vez eu vim aqui conversei com o psicólogo, né? E aí contei toda a história para ele e tal, e depois iniciei o tratamento e comecei a falar com o (nome do médico), atualmente como a medicação fez um efeito muito bom em mim, eu me sinto muito bem com a minha medicação e tal. Atualmente eu só venho para falar com o Dr. (nome do médico) e pegar medicação” (Guimarães, 25 anos, pardo, técnico de enfermagem).

Sobre o diagnóstico, a maioria dos homens afirmou não ter recebido um diagnóstico de seus médicos como demonstra a fala de Carlos que citou um diagnóstico baseado nas falas da psicóloga. Entre os diagnósticos relatados foram deficiência intelectual, transtorno depressivo ansioso, transtorno bipolar, *borderline*, ansiedade generalizada e esquizofrenia. O termo depressão foi empregado em quase todos os discursos, para alguns como um diagnóstico fechado, como para Zivaldo, para outros como forma de expressar os momentos em que se sentiam desanimados, tristes ou infelizes. Jorge, em sua fala, associou o termo à infelicidade sentida de namorar sem amar. Três homens não utilizam do termo em nenhum momento de sua entrevista.

“Eu vou ser sincero que até hoje eu não tenho certeza, a minha psicóloga acha que eu tenho transtorno depressivo e ansioso, não sei se é isso que falam. E só, mas eu não sei se eu tenho outra coisa. As psiquiatras nunca me falaram” (Carlos 39 anos, branco, ag. De organização escolar).

“Oh, eu tenho depressão... profunda, crônica” (Zivaldo, 52 anos, pardo, desempregado).

“Eu já tive depressão quando tava namorando a (ex-namorada), eu tive depressão porque eu fiquei com ela três anos sem amar ela, né”? (Jorge, 54 anos, branco, dentista aposentado por invalidez).

O uso de medicamentos, de modo geral, foi bem-visto pelos participantes. Embora não dominassem suas prescrições, muitas vezes não sabendo citar os nomes dos medicamentos utilizados ou sua indicação, os entrevistados relataram benefícios em seu quadro depressivo, que oscilava de pouca a muita melhora pós-início do tratamento medicamentoso. Outros apontaram em suas narrativas efeitos colaterais, tais como impotência sexual, diminuição da libido, entorpecimento e apatia como barreiras na adesão ao tratamento. Nesse momento, a atuação dos profissionais de saúde foi crucial, pois muitos disseram que receberam instruções de como seria o início do uso do medicamento e que seriam sintomas transitórios, o que gerou conforto e possibilitou que não desistissem do tratamento, como apontado na fala de Guimarães.

“No início do tratamento é meio estranho porque a medicação te faz sentir totalmente apático né? Você toma, e meu, podia sei lá, explodir um carro, cair um prédio do meu lado e eu não tava ligando sabe? É muito estranho chegava até questionar se eu realmente amava minha família porque eu não sentia literalmente nada, nada, nada e aí o pessoal me informou: “olha você vai se sentir assim, mas depois de quinze dias você vai se sentir melhor” exatamente o que aconteceu, não pretendo parar medicação” (Guimarães, 25 anos, pardo, técnico de enfermagem).

A maioria dos participantes afirmou fazer a gestão do uso dos medicamentos: tomaram a mais quando necessitaram de uma ação maior do medicamento, como citou Fernando, que utilizou umas gotas a mais do antipsicótico quando quis dormir mais, ou ao contrário, como afirmou Gabriel, que não tomou a medicação quando quis ficar menos sonolento.

“Então o que eu vejo é igual eu tomava muito tempo, eu tomei a quetiapina ela é pequenininha né? Muito pequenininha, eu tomava e apagava era o efeito do remédio era pra dormir, dormir, mas eu percebia alguns efeitos, mais os colaterais do que os... parece que foi a minha percepção. E eu

desse jeito, sem vontade, mesmo com a medicação a fluoxetina eu cheguei a tomar oitenta clomipramina, também inclusive os de gotinha que eu tomo neozine, o haldol eu aumentei, porque eu não tô fazendo nada, mas a cabeça tava acelerada com coisas de trajeto, aí pra apagar um pouco, aí tomo umas gotinhas a mais porque aí dá o efeito do sono então as vezes quero dormir mais, vou tomar remédio não quero fazer para ficar viciado tomar remédio pra dormir eu sempre dormi bem mesmo sem a medicação, então eu percebi assim, então se eu tirar essa medicação como que é, então eu vou viver? Aí eu fico com medo de o médico tirar essa medicação o choque porque eu vou tirar agora? Então eu vou tomar porque o médico já tirou a medicação e colocou outra, o que eu não tenho sentido é o efeito colateral. Pode ser um efeito colateral que ele fala: “você não tem prazer?” eu falo: “não tenho”? (Fernando, 44 anos, branco, educador físico afastado).

“Eu acho que pode melhorar, que às vezes eu faço uma coisa que eu não deveria, eu não tomo o remédio, porque eu fico assim: “não quero ficar sentindo tanto sono”, aí eu fico: “hoje eu não vou tomar o remédio” (Gabriel, 24 anos, branco, aux. de administração hospitalar).

O acolhimento nos serviços de saúde mental do município foi descrito pela maioria dos participantes como bom. A avaliação incluía a diminuição dos sintomas, o acolhimento na recepção, a escuta do médico assistente e a disponibilidade dos medicamentos que eram prescritos; somados às orientações sobre uso dos medicamentos, foram descritivos para mensurar a qualidade do serviço. Todos os participantes se beneficiam do elenco de medicamentos disponíveis na rede municipal, entretanto, quatro entrevistados necessitaram comprar ao menos um medicamento prescrito pelo seu médico para complementar a prescrição. Guimarães expôs em sua fala que, a partir do cuidado oferecido no CAPS, conseguiu ressignificar sua vida, viver de uma forma que achou que não viveria mais, sem aqueles sentimentos ruins. Para ele e para muitos outros o serviço de saúde se mostrou como precursor do autocuidado.

“(...) tenho muito a agradecer e não me arrependo de ter vindo aqui e ter procurado ajuda, porque hoje eu vivo uma vida totalmente diferente. Antigamente eu pensava que eu não ia poder viver, eu pensava que aqueles sentimentos todos eu ia ter que carregar pelo resto da minha” (Guimarães, 25 anos, pardo, técnico de enfermagem).

#### **4.4.2 Práticas de autocuidado, em busca do bem-estar**

Foram consideradas as diversas estratégias de autocuidado relatadas, além da busca pelo serviço de saúde, que trouxeram conforto e bem-estar. A religião operou como forma de acolhimento para diversos homens, pois a partir dela foi possível lidar com sofrimento, entender os propósitos de Deus e ressignificar a origem do sofrimento a partir do perdão. Érico, por exemplo, encontrou na religião uma forma de direcionamento, autocuidado, uma maneira de lidar com seus sentimentos e traumas da infância, assim como conseguir perdoar a mãe para modificar sua história futura.

“ (...) tentei me matar duas vezes, ele (Deus) atacou minha vida..., mas a depressão foi demais porque eu queria me matar. Três vezes eu tentei me matar, antes de conhecer a Deus, e aí quando eu conheci, quando eu conheci aquela luz que me retirou, me irradiou, me irradiou... e como Deus me ama! Então eu pensei, eu lutei pela minha vida! Porque assim, eu tive uma doença uma febre de quarenta e oito graus, me falaram... eu me pergunto: por que Deus não me tirou naquele dia? Por quê? Por que Deus não me tirou? Aí o propósito: porque Deus, ele tem um propósito na minha vida, de mudar a minha vida, de mudar a minha história, eu não entendia isso, de reconciliar com a minha família. Reconciliar com a minha mãe, mas até hoje eu não sei quem é meu pai e não perdoou, entendeu?” (Érico, 44 anos, branco, gari).

Alguns apontaram as redes sociais como forma de interação, motivação e reconstrução de suas narrativas. Carlos vem ressignificando a sexualidade pós-traições de seus relacionamentos anteriores através da vivência com seus amigos gays, se permitindo viver outros cenários da sua vida que trouxeram bem-estar.

“Por enquanto eu não quero generalizar todo mundo que faça, mas eu criei um bloqueio, por enquanto, não sei até quando, se eu vou conseguir me abrir, até porque eu estou nessa nova fase como eu sou bissexual, eu tanto me relaciono com homens quanto mulher, não relacionamento namoro, com homem nunca me relacionei, mas eu vou pra balada com meus amigos gays, eles são muito mais divertidos. Quando entrei nesse meio, me fez me sentir muito melhor, tive experiências que nunca pensei que ia ter. Então assim, com meus amigos gays eu tenho muito mais afinidade, e abertura para conversar e me abrir com eles, do que amigos héteros que eu tenho a anos de amizade, entendeu?” (Carlos, 39 anos, branco, ag. de organização escolar).



Outros homens, no entanto, preferiam atividades individuais como forma de autocuidado como jogos, vídeos on-line, música, leitura ou prática de exercícios físicos individuais. Zivaldo encontrou na música e nos estudos on-line uma válvula de escape e uma forma de ressignificar a vida, devido às lesões da tentativa de suicídio que diminuiriam seus movimentos.

"O que me salvou na vida foi a música, meu amor pela música, entendeu?! É o que mantém vivo, continuo o mesmo sabe?! Tipo, preciso ouvir música para continuar vivendo, se não... não tem como. Então tenho meus ídolos na música, que é o que me segura, é minha válvula de escape. Estudo, ficar no on-line, no mundo virtual é o que me... pelo menos, eu já perdi coordenação motora, coordenação de... a fala, em crises de alucinação, entendeu?! (Zivaldo, 52 anos, pardo, desempregado).

#### 4.4.3 Perspectivas futuras

Sobre as expectativas futuras, para alguns a cura da doença mental, assim como deixar de tomar a medicação psicotrópica, apresentam-se como importantes conquistas para retomada de sua vida. Carlos relatou que é um desejo parar de tomar medicação, pois tem medo de ficar viciado, por outro lado também tem medo de parar e todo sofrimento vir à tona novamente; associa sua melhora ou retirada dos medicamentos com melhora na parte profissional e continuar tendo momentos bons como a bissexualidade em processo de descoberta.

"É um desejo muito grande, eu quero muito isso, eu quero parar de tomar remédio, não quero ficar viciado para sempre, mas eu não tenho certeza do que eu vou sentir, dá medo de parar com os remédios, entendeu? Mas quem sabe, se talvez minha parte profissional melhorar, continuar esses momentos bons que tem aparecido pra mim, claro que tem umas coisas que aborrecem óbvio, pra todo mundo, mas tenho tido muitos momentos bons que praticamente eu não estava vivendo há anos, entendeu? Se eu conseguir manter essa constância, e conseguir melhorar a minha parte financeira e profissional, eu acho ou eu posso ir diminuindo ou posso tentar sair disso" (Carlos, 39 anos, branco, ag. de organização escolar).

Para outros que não têm a perspectiva de cura, as expectativas futuras se dão pela estabilidade da doença mental e algumas práticas que podem proporcionar o aumento do autocuidado; logo, tomar a medicação corretamente, fazer terapia,

melhorar a alimentação, fazer exercícios físicos e conseguir socializar novamente, além de se relacionar com pessoas certas, foram práticas apontadas como planejamento para um futuro e melhoria da saúde mental. Euclides relatou a importância de trabalhar, fazer exercícios físicos e acompanhamento com psicólogo para diminuir o seu sofrimento mental.

“Então eu preciso fazer exercício físico, e uma terapia, acho que isso já vai me ajudar muito. E eu tô tentando pegar um carro pra mim trabalhar também, isso vai me fazer muito bem” (Euclides, 37 anos, branco, desempregado).

O trabalho, assim como citou Euclides, foi, para diversos homens, uma forma de ruptura e aparece como uma forma importante de continuidade, principalmente relatada como forma de independência financeira e conseqüentemente o rompimento de uma dependência de moradia com familiares.

“(…) tem que ficar na casa dos pais e tal, não tem privacidade pra dormir na sala bem complicado, eu sei de todos os meus privilégios sabe? Privilégio por ser homem, de classe média, sabe? Eu tenho comida em casa, não tenho do que reclamar, eu tenho tudo que precisava, mas isso não é o suficiente.” (José, 31 anos, branco, produtor musical autônomo).

Sonhos e planos também compõem as perspectivas futuras, como fazer uma faculdade e conquistar uma nova carreira. Rubem continua estudando com a esperança de melhorar sua saúde mental e trabalhar com tecnologia digital:

“Eu adorava cinema, televisão, ler eu continuo. Ah, e faço muito curso de programação no computador que eu tenho um sonho, assim, meio que de ficar bom de novo e trabalhar com algo digital, mas é a longo prazo, entendeu? Eu já fiz alguns trabalhos *freelancer* já até inclusive um eu ganhei em dólar” (Rubem, 50 anos, pardo, funcionário público afastado)

## 5. DISCUSSÃO

Devido à pluralidade da construção das masculinidades presentes nos homens participantes da pesquisa, é possível visualizar uma diversidade de experiências e expressões que se contrapõem ao ideal hegemônico masculino. Há entre os homens interesses em atividades tradicionalmente associadas ao público feminino, como autocuidado, afazeres domésticos, expressões artísticas, moda e corporeidade. Desta forma, os resultados apresentados e a discussão a seguir, a partir do referencial teórico da masculinidade hegemônica, não compreendem padrões generalizantes, mas de uma maior expressividade entre os participantes da pesquisa.

Na caracterização sociodemográfica dos homens entrevistados, a diversidade de idades permite visualizar diversas expressões e construções das masculinidades, o que infere, por exemplo, na centralidade do trabalho na vida dos homens. Isto porque o caráter geracional envolve uma construção social histórica que modifica e desconstrói padrões tradicionais que envolvem além da idade, identidade de gênero, orientação sexual, religião e estados civis. Ressaltamos a quantidade de homens que se autodeclararam brancos e com alta escolaridade (de nível superior incompleto à pós-graduação), empregados ou dependentes de benefícios. Tais características se diferem da pesquisa de Albuquerque (2020), em que os homens eram em sua maioria pretos ou pardos com baixa escolaridade e com grande dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal. Tendo em vista a baixa recusa em participar da pesquisa, somada à área de cobertura do estudo abranger locais de vulnerabilidade social, cabe refletir se homens negros com transtornos mentais comuns não estão tendo acesso aos equipamentos de saúde. Com essa pesquisa não se pretendeu caracterizar a população que acessa o serviço de saúde mental, e sim compreender as experiências de sofrimento e autocuidado a partir das narrativas individuais de homens, logo, não é possível a partir dos dados produzidos ter uma visão geral das características sociodemográficas de todos os homens que acessam o serviço de saúde, em especial por raça/cor. Para esta constatação são necessários estudos epidemiológicos nos equipamentos de saúde do município,

bem como da atenção básica, hospitalar e CAPS para traçar o perfil da população masculina que busca os serviços por questões da ordem de saúde mental.

As experiências de sofrimento mental dos participantes do estudo são informadas por histórias de fracasso na vida social, no trabalho e nos relacionamentos afetivos. Essas experiências são significadas, em sua maioria, a partir do “abandono” da figura feminina como gênese do sofrimento, por vezes mediada por violência doméstica. A expressão do sofrimento decorre de sintomas depressivos tradicionais e de sintomas externalizantes tais como agressividade, violência, uso de substâncias e tentativas de autoextermínio.

Entre as formas de expressão, o choro, a tristeza e o desânimo são sintomas relatados pelos homens participantes do estudo, somados à dificuldade em falar sobre seus sentimentos, sintomas de ansiedade, impulsividade, agressividade e violência. Assim como mostram os estudos de Martin, Neighbours e Griffith (2013) e Addis (2008), é uma característica de homens, ao invés de demonstrar tristeza, reagir com raiva e comportamentos autodestrutivos, pois os sintomas depressivos tradicionais estão em desacordo com os ideais sociais de masculinidade. Outras formas de expressão do sofrimento são vistas em estratégias que envolvem o entorpecimento da consciência, distração e prazer, como, por exemplo, a partir do uso de substâncias como álcool e outras drogas (MARTIN; NEIGHBOURS; GRIFFITH, 2013; ADDIS, 2008). Álcool e maconha são as substâncias mais citadas pelos homens participantes da pesquisa, usadas para sociabilização, desinibição, diversão, esquecer a realidade e pelos efeitos que remetem ao bem-estar. A utilização de substâncias compõe tradicionalmente uma forma de sociabilidade masculina (MARTIN; NEIGHBOURS; GRIFFITH, 2013; ZANELLA, 2014; ALBUQUERQUE, 2020). O uso de substâncias de forma rotineira e às vezes mais de uma vez por dia não foi descrito pelos participantes da pesquisa como um uso prejudicial. Zanella (2014) discorre em seu estudo que, ao utilizar de padrões generalizantes para tentar mensurar quantidade de consumo ao uso prejudicial, sem ponderar que as relações com as substâncias se dão de forma individual e inclui o contexto em que se vivem, os pressupostos estritamente biologizantes estão representados tão somente a partir de saberes biomédicos. Contudo, não significa que os homens em questão não reflitam sobre o uso de tais substâncias, ou se

utilizem de estratégias para gerenciar o padrão de consumo de forma que não atrapalhe o seu cotidiano e suas relações sociais.

Além do uso de substâncias, atividades como jogos on-line, música e leitura são relacionadas com uma forma de não pensar no sofrimento. Estas atividades foram citadas por Martin, Neighbours e Griffith (2013) como elementos que compõem as formas de expressão externalizantes características da população masculina. Classificamos estas atividades como estratégias de autocuidado, pois, mesmo individualmente, com o sofrimento mental, no isolamento social, são atividades promotoras de bem-estar. Se aproximam do conceito de autocuidado desenvolvido por Martínez *et al.* (2021) por conferir aos indivíduos formas de buscar autonomia e autoconhecimento, tão necessários para a saúde mental, sem a necessidade de auxílio de um profissional de saúde.

No isolamento social, mesmo laços comunitários significativos (estabelecidos no convívio social e que representam importantes organizadores da vida dos homens, como as igrejas) deixam de fazer parte do cotidiano e os homens não exercem qualquer atividade a não ser dentro do próprio quarto. No trabalho de Santos (2009), o adoecimento mental também retrata “uma brusca ruptura de suas trajetórias de vida”, sobressaindo à exclusão dos espaços públicos, o confinamento e a ociosidade. Alguns homens se apoiam na religião e nos afetos familiares como formas de reconstituir os laços comunitários perdidos. Também na religião, a espiritualidade revelou-se uma forma de lidar com seu próprio sofrimento, via construção de uma moralidade sobre o bem e o mal que lhe servia de guia para não cometer o suicídio, aceitação de sua condição e ressignificação da gênese do sofrimento a partir do perdão.

O trabalho integra experiências de sofrimento e de autocuidado, ocupando centralidade na vida dos homens. Ter um emprego refere-se a uma estratégia de autocuidado pela responsabilidade em cumprir suas atividades laborais, como algo que ocupa a cabeça, que distrai e não permite pensar no sofrimento. Sua retomada, o ganho financeiro e a concretização de um sonho ocupacional são vistos como algo que trará bem-estar. Entretanto, a sensação de infelicidade, inutilidade, improdutividade e de nada fazer sentido permeia as narrativas dos homens entrevistados, compondo as experiências de sofrimento pela impossibilidade de

exercer uma atividade laboral estar relacionada ao fracasso social, sobrepondo à falta de renda, pois mesmo homens que estavam afastados do trabalho e recebendo algum tipo de benefício imprimem os mesmos sentimentos. A ausência das atividades laborais, assim como estar doente, significam necessitar de auxílios, perder força, virilidade, poder, não ser mais competitivo e principalmente provedor capaz de gerar recursos para sua própria subsistência e de seus dependentes, de forma que não necessite mais do apoio financeiro de seus familiares. O trabalho se destaca como centralidade na vida dos homens e é visto como um signo de pertencimento social e um referencial identitário que representa a masculinidade, principalmente a partir do seu próprio provimento e de sua família (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2021; BARKER, 2010). Zanello e Romero (2012) refletem que “a afirmação do capitalismo e da masculinidade tradicional: força física e honra foram substituídos pelo sucesso, dinheiro e um trabalho valorizado”. Desta forma, não estar trabalhando está ligado ao fracasso social e promove nos homens a sensação de não ser homem e ser um provedor fracassado (SANTOS, 2009; ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015).

A condição de doente e a sensação de provedor fracassado impõe a falta de atributos provenientes de um modelo ideológico referente ao conceito de masculinidade socialmente construído, o qual pode caracterizar a perda de identidade desses sujeitos (CONNELL, 1997). Essa perda de identidade pode influenciar nas diferentes tentativas de autoextermínio por representar um refúgio para findar com o sofrimento em forma de violência: enforcamento, se jogar de um prédio, mutilação, afogamento e atropelamento. Couto e Schraiber (2005) inferem que a violência não representa somente uma abordagem, trata-se de “uma dimensão da vida cotidiana simbólica e materialmente substantiva para a (re)produção da masculinidade e desta em sua relação com a saúde”. Desta forma, conviver com o adoecimento mental e fracasso social ideológico extrapola o sentido do viver - não ser mais capaz de se colocar como homem perante a sociedade implica em utilizar-se de violências, se mostrar forte e findar com o sofrimento.

Apesar das diversas formas de expressão de masculinidades, os padrões ideológicos da masculinidade hegemônica ainda interferem na expressão do sofrimento mental de homens, assim como na atribuição da gênese do sofrimento. A

origem do sofrimento psíquico é significada pela vivência nomeada por eles como abandono. O “abandono” é decodificado pelas ausências, traições e expectativas socialmente construídas relacionadas à figura feminina. Segundo os homens entrevistados, as mulheres que ocupam seus ciclos familiares não correspondem à imagem de uma “mulher de verdade”, conforme as características de uma imagem socialmente construída de recatada, cuidadosa e amorosa, desempenhados nos papéis de esposa, dona de casa e, principalmente, mãe (SWAIN, 2011; ZANELLO; ROMERO, 2012). Isto porque há uma associação da gênese do sofrimento relatado com o abandono dessas mulheres. “A mulher, prostituta, que roubou tudo que tinha”; “a mulher que me traiu, e não só uma, foram duas”; a minha mãe que não me deu amor, me xingou, me humilhou, me bateu”; “minha mãe que não me protegeu e não me acolheu quando alguém me violentou”.

Os participantes do estudo não associam as outras formas de “abandonos” que os colocam em uma condição de vulnerabilidade. A separação dos seus pais, o pai que saiu de casa, o pai que traiu a mãe, formas de agressão física e moral da figura paterna são atitudes que poucos diferenciam por se ter a normalização da violência associada ao sexo masculino. “Abandonos” ideologicamente ocultados devido, entre os diversos fatores, à misoginia e ao machismo como forma de constituição da masculinidade (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; WELZER-LANG, 2001). As individualizações da culpa de seus sofrimentos psíquicos provêm da alienação e impregnação da construção social do gênero, e também do modo de produção neoliberal que modifica as formas de se ver a vida e a sociedade e impõe a cada pessoa individualmente a responsabilização pelos seus sucessos e fracassos a partir do mérito (SAFATLE; SILVA-JUNIOR; DUNKER, 2023). Logo, ao se deparar com o sofrimento mental e buscar um culpado para ele, as experiências familiares são para estes homens os elementos mais presentes e palpáveis que podem refletir as ausências sentidas e tomar forma física a partir da culpabilização da mulher.

Outro “abandono” que escapa à narrativa consciente dos participantes dos estudos é do Estado, em forma de política pública. A única percepção da ausência do Estado esteve relacionada ao descaso do governo perante a pandemia mundial elevando o sofrimento dos homens. Entre os diversos déficits no acesso à educação, ao trabalho, renda e moradia; participantes da pesquisa moram em

pequenos cômodos insalubres, não conseguem empregos á altura, não têm renda suficiente ou conseguem qualquer tipo de benefício para sua própria subsistência e nenhum lazer. Para esta discussão se sobressai a falta de oferta de locais e serviços com demandas corriqueiras específicas do gênero masculino. É dever do Estado pactuado na PNAISH garantir formas de acesso e acolhimento nos serviços de saúde para que o homem consiga vislumbrar esses equipamentos como um espaço de cuidado e, paralelamente, os profissionais reconheçam no sexo masculino a necessidade do cuidado a partir da compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos (BRASIL, 2008; MOURA *et al.*, 2016).

Há dificuldades em acessar o serviço de atenção básica, mesmo diante do reconhecimento das necessidades de cuidados clínicos, configurando uma recusa tácita, e os motivos dessa recusa não são identificados pelos participantes da pesquisa. Em diversos estudos essas barreiras são evidenciadas como medo de serem vistos como vulneráveis no contexto das poucas ofertas de atividades específicas para homens em um ambiente de saúde feminilizado e da inflexibilização do serviço diante das exigências da rotina de trabalho (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER *et al.*, 2010; FIGUEIREDO, 2005). A falta de oferta de serviços específicos não só invisibiliza a presença dos homens nestes espaços, mas também, devido a esta ausência, dificulta a identificação e o cuidado pelos profissionais de saúde, reforçando sua ausência nestes espaços (MACHIN *et al.*, 2011; COUTO *et al.*, 2010; FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2010). Assim, como no estudo de Santos (2009) o CAPS é para esses homens a única ligação com a sociedade, talvez por isso haja uma dependência desse equipamento. O acesso e permanência no serviço de saúde mental parecem possibilitar e vislumbrar experiências de autocuidado. Mesmo que no momento da pesquisa integrem apenas atividades individuais, há um planejamento para a retomada de atividades coletivas que possibilitam a reconstrução dos laços comunitários perdidos. Talvez, para esses homens, o acesso ao serviço de saúde mental permita um ilusório cuidado integral, pois estar em acompanhamento em um serviço de saúde, acessar consultas médicas, tomar medicamentos, fazer exames de sangue, se alimentar, entre outras atividades, pode



dar a sensação de proteção. O CAPS também pode ser visto como um lugar seguro no qual não se sofre preconceitos pelo estigma da loucura como em outros espaços públicos. Porém, é necessário manter os cuidados em paralelo na atenção básica e demais especialidades, tanto para garantir exames e avaliações por profissionais especializados, quanto para ocupar espaços extra-CAPS e retomar sua cidadania. Neste sentido, Albuquerque e Schraiber (2020) refletem que os serviços de saúde mental precisam de cautela para que a rede de cuidados ofertada não se limite ao espaço interno do equipamento, pois ao invés de cumprir sua função como equipamento de reabilitação psicossocial, pode “enCAPSular” as pessoas e isolá-las do exterior.

Quanto à busca pelos serviços de saúde mental, a interferência informada pelos participantes da pesquisa é relacionada ao estereótipo da loucura e do ideal hegemônico masculino. Destaca-se o medo do preconceito da sociedade em se mostrar vulnerável, ser profissional da saúde mental e não poder ter doença mental, estigmas da doença mental como pessoas deficientes, ou zumbis, e a necessidade de esconder o tratamento em saúde mental dos amigos. De acordo com Pattyn, Verhaeghe e Bracke (2015), o adiamento pela busca dos serviços de saúde mental pode estar associado à manutenção do senso de masculinidade. Rocha, Hara e Paprocki (2015) destacam que o estigma da doença mental também adia o acesso aos serviços, o que pode comprometer as funções psíquicas e sociais dos indivíduos. A busca pelo serviço de saúde mental ocorre para os homens a partir da insuportabilidade dos sintomas, e culmina em tentativas ou pensamentos suicidas. Moura *et al.* (2014) relatam que, tradicionalmente, os homens só buscam os serviços de saúde a partir da exacerbação dos sintomas e, geralmente, quando a doença já está instalada. Entre os motivos narram o fim de relacionamentos após traições, solidão e crise financeira. Essas motivações também foram descritas nos estudos de Silva e Macedo (2012) e Rocha, Hara e Paprocki (2015), nos quais a busca pelo serviço de saúde mental ocorre quando há estado crítico de saúde decorrente de uma separação no casamento ou fracasso profissional. Couto *et al.* (2010) referem que o adiamento pela busca dos serviços de saúde mental se relaciona com o sentimento de invulnerabilidade em relação aos sofrimentos psíquicos. No entanto, os discursos dos homens participantes da pesquisa parecem descrever uma baixa

percepção sobre suas emoções e das experiências de sofrimento mental, que podem ser corroboradas a partir das incertezas sobre seus próprios diagnósticos, assim como também ocorreu nos estudos de Nascimento (2001) e Albuquerque (2020). Evidente que o cuidado prestado no CAPS não é pautado a partir do diagnóstico, e sim na pessoa e no sofrimento mental expresso, porém a falta de conhecimento sobre o transtorno mental que lhe acomete pode promover alienação e falta de autonomia frente aos discursos biomédicos (ALBULQUERQUE, 2020). Assim como a falta de entendimento sobre seus próprios diagnósticos em saúde mental promove interpretações errôneas e a popularização do termo depressão, pois é utilizado por grande parte dos homens como forma de expressar a infelicidade sentida, assim como no estudo de Martin, Quirino e Mari (2007) com mulheres, o diagnóstico parece legitimar o sofrimento provindo das vulnerabilidades.

A permanência nos serviços de saúde mental está associada ao vínculo criado com os profissionais de saúde que os assistem, e atitudes como acolhimento, escuta qualificada, prescrição e orientação sobre o uso correto dos medicamentos são descritas como ferramentas importantes para sair da crise, diminuir sofrimento e sintomas, promovendo formas de se vincular ao tratamento proposto. Assim como na pesquisa de Albuquerque (2020), os homens entrevistados dão ênfase ao uso dos medicamentos e a psicoterapia como ferramentas que proporcionam alívio do sofrimento e bem-estar. A medicação se mostra uma importante ferramenta para retomar e/ou ressignificar sua vida mesmo com a doença mental, embora nem todos dominem suas prescrições medicamentosas. Destaca-se o papel do farmacêutico como profissional capacitado para promover o empoderamento em relação à terapêutica medicamentosa (CORREIA; GONDIM, 2015), principalmente quando há a gestão do uso de medicamentos como prática largamente utilizada pelos homens participantes da entrevista. Porém, o farmacêutico não é citado nos discursos como profissional importante na vinculação e na adesão do tratamento proposto. O médico assistente é o profissional com quem os homens têm um maior vínculo, seguido por psicólogos da rede pública ou particular. A vinculação com os profissionais pode representar um aspecto positivo para adesão e eficiência do tratamento; na pesquisa de Keohane e Richardson (2018) o vínculo também é um fator preponderante para

que homens consigam falar abertamente sobre seus sofrimentos psíquicos e assim manter a continuidade ao seu tratamento em saúde mental.

As atividades que os homens acessam no serviço público de saúde mental são feitas de forma individual, como ir a consultas com médicos e psicólogos. Há outras atividades desenvolvidas e oferecidas no CAPS, porém de forma grupal, dos quais os entrevistados não participam. Albuquerque (2020) supõe em seu estudo, a partir das falas dos participantes de sua pesquisa, que há uma dificuldade dos homens em demonstrar vulnerabilidade na presença de mulheres, e isso pode ser um fator que dificulta a participação dos homens nas oficinas terapêuticas desenvolvidas pelos serviços de saúde mental, assim como as nossas atividades são majoritariamente oferecidas por profissionais mulheres. Há também entre os homens as características referentes à construção da masculinidade, que envolvem principalmente a dificuldade de falar sobre seu sofrimento em público, vergonha de se mostrar vulnerável perante os demais (NASCIMENTO, 2001) e, ainda, a perda de laços comunitários devido ao adoecimento mental. No entanto, algumas estratégias facilitam a adesão aos grupos, entre elas promover espaços de reflexão de temáticas atrativas para homens, especialmente fora do horário comercial. Diversos espaços coletivos entre homens são bem-sucedidos, e assim como mostra Albuquerque (2020) o CAPS-AD tem uma maior adesão às oficinas propostas devido à presença maior de homens nesse equipamento, além dos profissionais estarem acostumados com as demandas masculinas. Não está se propondo que os equipamentos de saúde mental tenham somente atividades segmentadas a partir do gênero, visto que a interação com uma diversidade de pessoas é importante para ressocialização e processo terapêutico. Porém, devido às diferentes formas de expressão das masculinidades, ressaltadas ao longo desse estudo, implica em oferecer espaços para abranger as complexidades, especificidades e singularidades da expressão masculina, inclusive para desconstruir ainda mais a hegemonia ideológica tão causadora de mal-estar. Albuquerque e Schraiber (2020) descrevem como a oficina de futebol aumentou o vínculo com o equipamento de saúde mental e foi importante nos processos de reabilitação psicossocial a partir da socialização, autonomia, e práticas corporais. O futebol faz parte do “universo simbólico da subjetivação hegemônica e promove uma aproximação com os pacientes do modelo

tradicional de masculinidade”, levando para eles o sentimento de prestígio e inclusão (ALBUQUERQUE; SCHRAIBER, 2020). Os autores ressaltam que em nenhuma das pesquisas citadas em seu estudo, há uma reflexão após a oficina sobre a representatividade do esporte nas diferentes formas de expressão das masculinidades. Zanello, Fiuza e Costa (2015) refletem que as práticas de saúde mental continuam invisibilizando as questões de gênero e se perpetuam como ratificador das desigualdades. O período pandêmico prejudicou a retomada e oferta de atividades coletivas nos CAPS. Atualmente, há uma oficina de canoagem interCAPS que potencializa a participação do público masculino por possibilitar a corporeidade, reconstrução de laços comunitários, ocupação de espaços públicos e reinserção social.

## 6. CONCLUSÃO

As experiências de sofrimento mental dos participantes do estudo são informadas por histórias de fracasso na vida social, no trabalho e nos relacionamentos afetivos. A gênese do sofrimento está associada à figura feminina. A expressão do sofrimento ocorre a partir de sintomas depressivos tradicionais, e também a partir de sintomas externalizantes, tais como agressividade, violência, uso de substâncias e tentativas de autoextermínio. Entre as estratégias de autocuidado, as experiências mais expressivas parecem estar organizadas em relação ao acesso e permanência no serviço de saúde mental e ao uso de medicamentos que minimizem os sintomas. Também são estratégias de autocuidado as práticas que combinam distração, prazer e privacidade. A religiosidade se destaca pela importância da espiritualidade, como forma de lidar com seu próprio sofrimento e também pela reconstrução dos laços comunitários perdidos.

As experiências mostram diferentes construções de masculinidades, que se contrapõem ao ideal hegemônico masculino como visões e interesses em atividades tradicionalmente associadas ao público feminino e relacionadas ao estigma da doença mental e da necessidade de apoio comunitário, como autocuidado, afazeres domésticos, expressões artísticas, moda e corporeidade,. Ainda assim, traços de um modelo ideológico de masculinidade neoliberal hegemônica que apresenta o homem como principal provedor financeiro, autossuficiente e invulnerável, moldam as formas de expressão de sofrimento e as estratégias de autocuidado de homens. Neste sentido, o trabalho apareceu como centralidade na vida dos homens, agregando experiências de sofrimento, principalmente pela falta da atividade laboral ser vivenciada como um fracasso social e da própria masculinidade, o que pode motivar homens ao autoextermínio, mas também vislumbrada como uma estratégia de autocuidado por incluir a retomada ao trabalho, sucesso profissional ou a realização de um sonho ocupacional como algo que lhe tornará independente financeiramente da estrutura familiar e trará bem-estar. Do mesmo modo, a individualização da culpa e a misoginia são herdadas desta construção do modelo hegemônico e do neoliberalismo, que reverbera na culpabilização da gênese do sofrimento mental à

mulher. Imersos nessa alienação escapam às narrativas as outras ausências, como a da figura paterna e do Estado.

O estigma impulsiona o isolamento social, e o acesso ao CAPS se torna o único local de cuidado e elo com a sociedade. Esse cenário direciona as estratégias de autocuidado e a busca do prazer por meio de entorpecimento da consciência, como ocorre com o uso de álcool, maconha e outras drogas. As diferentes formas de expressão e constituição das masculinidades, ressaltadas ao longo desse estudo, implicam aos serviços de saúde ampliar a visão para a relação entre gênero e saúde mental, oferecendo espaços de reflexão que sejam capazes de abranger as complexidades, especificidades e singularidades da expressão masculina, inclusive para fomentar discussões para desconstruir ainda mais a hegemonia ideológica tão causadora de mal-estar e cumprir seu papel como equipamento de atenção psicossocial, incentivando a autonomia e reinserção social. Há necessidade de mais pesquisas qualitativas, a partir das narrativas de homens, para melhor compreensão de como os marcadores sociais às quais os homens estão expostos, como o racismo, classismo, estigma e estruturas patriarcais se interseccionam e afetam a saúde mental de homens e o acesso aos serviços de saúde.

## **7. FINANCIAMENTOS**

A pesquisadora se beneficiou da concessão de bolsa de estudos da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, no período vigente do doutorado.

## REFERÊNCIAS

ADDIS, ME. Gender and Depression in Men. **Clin Psychol Sci Pract**, v. 15, n. 3, p. 153-168, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>.

ALBUQUERQUE, FP. **Sofrimento mental e gênero: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial**. São Paulo, 2020 Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://doi.org.br/10.11606/T.5.2020.tde-09022021-094039>.

ALBUQUERQUE, FP; SCHRAIBER, LB. Masculinidad y fútbol: cuestiones de género em uma experiência de rehabilitación psicossocial de hombres em el Distrito Federal, Brasil. **Salud colectiva**, v. 16. 2247 p, 2020.

ALVESSON, M. Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. **Academy of Management**, v. 28, n. 1, p. 13-33, 2003.

ANDRADE, APM; MALUF, S. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 21, n. 63, p. 811-821, 2017.

ARRUDA, GO *et al.* Mobilidade hospitalar em município de médio porte: Diferenciais entre homens e mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 19-27, 2014. Disponível em: <https://doi.org.br/10.1590/0104-1169.3026.2396>.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde. Desigualdade ou discriminação? . *In*: BARATA, RB. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Temas em Saúde Collection, 2009. 120 p, p. 73-94.

BARKER, G. Trabalho não é tudo, mas é quase tudo: homens, desemprego e justiça social em Políticas Públicas. *In*: MEDRADO, B *et al.* **Homens e masculinidades**: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI, 2010. 184 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf).



BROMET, E *et al.* Cross National epidemiology of DSMIV major depressive episode. **BBC Med**, v. 9, n. 1. 90 p, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>.

CASTELLANOS, MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>.

CASTELLANOS, MEP; BARROS, NF; COELHO, SS. Rupturas e continuidades biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde**, v. 23, n. 2, p. 357-368, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16252017>.

CHIAVERINI, Dulce Helena *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CONNELL, RW. La organización social de la masculinidade. **Ediciones de las Mujeres**, v. 24, p. 31-48, 1997.

CORREIA, GAR; GONDIM, APS. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140036>.

COURTENAY, WH; KEELING, RP. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. **J Am Coll Health**, v. 48, n. 6, p. 243-246, mai 2000. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/07448480009596265>.

COUTO, MT *et al.* Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface**, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.

COUTO, MT; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>.

COUTO, MT; SCHRAIBER, LB. Homens, saúde e violência: Novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. *In*: MINAYO, MCS; COIMBRA JUNIOR, CEA (Org.). **Críticas atuantes: Ciências sociais e humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2005, p. 687-706.

DESLANDES, S. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios [Tese de doutorado]. **Escola Nacional de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.

FIGUEIREDO, WS. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária**. 2008 Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GOMES, R *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. *In*: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 3, 2005. 243 p, p. 185-221.

GOMES, R *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 16, n. 1, p. 983-992, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030>.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora Unesp, f. 46, 2010. 92 p.

GOMES, R; NASCIMENTO, EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>.

GOMES, R; NASCIMENTO, EF; ARAÚJO, FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

JOVCHELOVITCH, S; BAUER, MW. Entrevista Narrativa. *In*: BAUER, MW; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 7 ed. Editora Vozes, f. 258, 2008. 516 p, p. 90-113.

KEIJZER, B. Hasta Donde El Cuerpo Aguante: Genero Cuerpo Y Salud Masculina. **Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud**, v. 1992, p. 137-152, 2003. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-industria-energia-mineria/sites/ministerio-industria-energia->

mineria/files/documentos/noticias/hasta\_donde\_el\_cuerpo\_aguante\_genero\_cuerpo\_y\_salud\_masculina\_b.keizjer\_2003.pdf.

KEOHANE, A; RICHARDSON, N. Negociando normas de gênero para apoiar homens em sofrimento psicológico. **Jornal americano da saúde dos homens**, v. 12, n. 1, p. 160-171, 2018. Disponível em: <https://doi.org.br/10.1177/1557988317733093>.

KIMMEL, MS. Masculinity as Homophobia fear, shame and silence in the construction of gender identity. **Equatorial**, v. 3, n. 4, p. 97-124, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/14910/pdf>.

KINOSHITA, RT. Em busca da cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. *In*: CAMPOS, FCB; HENRIQUES, CMP (Org.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, f. 140, 1996. 280 p, p. 39-49.

KRUMM, S *et al.* Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. **Psychopathology**, v. 50, n. 2, p. 107-124, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455256>.

LAURENTI, R; JORGE, MHPM; GOTLIEB, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 01, p. 35-46, 2005. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>.

LUDERMIR, AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LYNCH, M. Against reflexivity as an academic virtue and source of privileged knowledge. **Theory, Culture & Society**, v. 17, n. 3, p. 26-54, 2000.

MACHIN, R *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11. 4503–4512 p, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>.

MALUF, S; TORNQUIST, CS. **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Letras Contemporâneas, 2010. 467 p.

MARTIN, D; QUIRINO, J; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400013>.

MARTIN, LA; NEIGHBOURS, HW; GRIFFITH, DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. **JAMA Psychiatry**, v. 70, p. 1100-1106, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>.

MARTÍNEZ, N *et al.* Self-care: A concept analysis. **Int J Nurs Sci.**, v. 5, n. 8, p. 418-425, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>.

MCMAHON, SA; WINCH, PJ. Systematic debriefing after qualitative encounters: an essential analysis step in applied qualitative research. **BMJ Global Health**, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTAGNER, M; MONTAGNER, M. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, 2011. Disponível em: [10.18569/tempus.v5i2.975](https://doi.org/10.18569/tempus.v5i2.975).

MOURA, EC *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.

MOURA, EC *et al.* Mortalidade no Brasil segundo perspectiva de gênero, anos 2000 e 2010. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 326-338, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014>.

NASCIMENTO, ARA; TRINDADE, ZA; GIANORDOLI-NASCIMENTO, IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 203-213, out 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200009>.

NASCIMENTO, EF; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700010>.

NASCIMENTO, MAF. **Desaprendendo o silêncio: uma experiência de trabalho com grupos de homens autores de violência contra a mulher**. 2001 Tese - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PATTYN, E; VERHAEGHE, M; BRACKE, P. The gender gap in mental health service use. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Germany, v. 50, n. 7, p. 1089-1095, 2015.

PINHEIRO, TF; COUTO, MT. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência, São Paulo**, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/cadernos/article/view/35737>.

PINHEIRO, TF; COUTO, MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 73-92, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/05.pdf>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. **Plano Municipal de Habitação: 2014-2017**. Prefeitura Municipal de Santos, 2014. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/sites/default/files/conteudo/plano.pdf>.

RIDNER, SH. Psychological distress: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, p. 536-545, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>.

ROCHA, FL; HARA, C; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015. Disponível em: <https://doi.org.br/10.5935/2238-3182.20150127>.

RODRIGUES, N; CAROSO, CA. Ideia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa. *In*: DUARTE, LFD. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 3, 1998. 210 p, p. 137-150.

SAFATLE, V; JUNIOR, NS; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Autêntica Editora, v. 3, f. 144, 2021. 288 p.

SANTOS, AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SCHRAIBER, LB *et al*. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>.

SCHUTZE, A. Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews. **Further Education Curriculum**, 2007. Disponível em: <http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/B2.1.pdf>.

SCHÜTZE, CT. **The empirical base of linguistics**: Grammaticality judgments and linguistic methodology. Language Science Press, 2016.

SCOTT, JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>.

SEIDLER, ZE *et al.* The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. **Clin Psychol Rev.**, v. 49, p. 106-118, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>.

SILVA, FCF; MACEDO, MMK. A escuta do masculino na clínica psicanalítica contemporânea: singularidades de um padecer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 205-218, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000200009>.

SILVA, RP; MELO, EA. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4613-4622, out 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10612021>.

SILVA, SO; BUDÓ, MLD; SILVA, MM. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 389-396, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200015>.

SWAIN, TN. Diferença sexual: uma questão de poder. *In*: SIMPÓSIO DE GÊNERO E LITERATURA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. 2011, Fortaleza, 2011.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>.

WHO, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence Gender Disparities in Mental Health World. Mental health a call for action by world health ministers. **WHO**, v. 48, n. 5, p. 1-25, 2001.

WHO, World Health Organization. guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. **WHO**, Geneva, 2022.

WINDMÖLLER, N; ZANELLO, V. Depressão e Masculinidades: Uma Revisão Sistemática da Literatura em Periódicos Brasileiros. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 3. 437 p, 2016.

YIN, RK. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Penso Editora, v. 3, 2016.

ZANELLA, ED. Masculinidade e consumo de bebidas alcoólicas: a construção de maneiras de beber. **Ponto Urbe – Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, v. 9, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://doi.org.br/10.4000/pontourbe.1820>.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1 ed. Editora Appris, f. 151, 2018. 301 p.

ZANELLO, V; FIUZA, G; COSTA, HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista De Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>.

ZANELLO, V; ROMERO, AC. “Vagabundo” ou “vagabunda”? Xingamentos e relações de gênero. **Revista Labrys Estudos Feministas**, 2012. Disponível em: <http://www.labrys.net.br/labrys22/libre/valeskapt.htm>.

## APÊNDICE A — ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

<b>Dados de identificação</b>	<b>Data:</b>
<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Cor:</b> ( ) branco ( ) preto ( ) pardo ( ) amarelo ( ) indígena	
<b>Estado civil:</b>	
<b>Tem filhos?</b>	
<b>Com quem mora:</b>	
<b>Bairro:</b>	
<b>Religião:</b>	<b>Escolaridade:</b>
<b>Ocupação:</b>	<b>Está trabalhando no momento?</b>
<b>Renda pessoal e familiar?</b>	
( ) 1 salário mínimo (R\$ 1.212,00)	( ) 4 a 5 salários-mínimos
( ) 2 a 3 salários-mínimos	( ) + 5 salários-mínimos
<b>Qual gênero você se identifica? Homem, mulher?</b>	
<b>Identidade de gênero:</b> ( ) Cisgênero - mesmo sexo de nascença ( ) Transgênero ( ) Não-binário - não pertence a um gênero exclusivo	
<b>Qual gênero você sente atração, ou se relaciona sexualmente? Só com mulheres, com homens ou os dois?</b>	
<b>Orientação sexual:</b> ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) outras	

<b>TÓPICOS</b>	<b>A PESQUISADORA</b>
<b>Aquecimento</b> <b>Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua rotina:</b> O que você faz no seu dia-a-dia?	Deixe que ele inicie ou conte livremente sua história a partir de qualquer ponto ou momento de sua vida (o que julgar importante).
O que costuma fazer para se divertir / distrair?	Explorar socialização e relações afetivas.



<p><b>Sobre as queixas</b></p> <p><b>Agora, vou te perguntar sobre como chegou ao serviço, como se sentia antes de começar o tratamento? Que lugares passou quando que sentiu a necessidade de procurar um serviço de saúde mental?</b></p>	<p>Deixe-o descrever os caminhos percorridos, motivos, queixas que levaram à busca do serviço de saúde. Investigar se houve negação à doença, e adiamento na busca do serviço de saúde ou peregrinação.</p>
<p>Você acha que manifesta o seu sofrimento de alguma forma? Acha que sentiu mais raiva, mais irritado? Como isso aconteceu?</p>	<p>Pesquisar a presença de sintomas externalizantes: irritabilidade; ataques de raiva/agressão; comportamento de risco; hiperatividade e estresse.</p>
<p>Você costuma beber alguma bebida alcoólica, ou outro tipo de drogas? Com que frequência? O que elas te trazem?</p>	<p>Investigar o uso de álcool e outras drogas.</p>
<p>Você recebeu um diagnóstico médico?</p>	<p>Identificar o conhecimento sobre a doença.</p>
<p><b>Sobre o cuidado prestado / Vinculação ao tratamento:</b></p> <p>Como é o atendimento no serviço? O que faz no serviço de saúde mental?</p>	<p>Explorar, utilização dos serviços psicossociais, atendimento médico-centrado e a relação com os profissionais de saúde</p>
<p>O que pensa das pessoas que frequentam o CAPS?</p>	<p>Explorar noções de doença mental em geral e relação com casos graves</p>
<p>Foi prescrito algum medicamento? Qual?</p> <p>Como se sente agora?</p>	<p>Explorar adesão medicamentosa, conhecimento sobre tratamento e afetações na vida sobre os efeitos colaterais comuns ao uso de antidepressivos - boca seca, náuseas, diminuição do apetite, insônia, perda de libido etc.</p>
<p>Você acha que seu desejo sexual foi</p>	<p>Investigar se houve perda da libido, e quão</p>

afetado de alguma forma pela doença ou pelo uso de medicamentos?	trouxe sofrimento.
Você procurou outras formas de ajuda, sem ser o serviço médico?  Utiliza outros equipamentos de saúde além do CAPS?	Explorar outras formas de cuidado exceto o serviço médico e externo ao serviço de saúde mental.
<b>Sobre aspectos culturais e masculinidades:</b>  Agora vou fazer algumas perguntas sobre o fato de você ser homem. Você acha que por ser homem teve dificuldade em procurar um serviço de saúde?  Você acha que depressão é doença de homem? É coisa de gente fraca? É frescura?	Observar se o discurso obedece a heteronormatividade
Contou para alguém sobre esse diagnóstico? Para quem? Qual foi a reação dessa pessoa?	Observar se cita os familiares amigos e como na visão dele as pessoas ao entorno lidam com o diagnóstico.
Você precisou ficar afastado do seu trabalho por causa da depressão? Como se sentiu?	Observar a presença de vulnerabilidades
<b>Para finalizar:</b>  Como você vê o cuidado com sua saúde daqui pra frente?	Observar se há percepção de cura sobre a doença e perspectivas futuras sobre saúde e cuidado
Ficou com alguma dúvida, quer acrescentar algo na sua entrevista?	Agradeça e finalize a entrevista.

## APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “A experiência do sofrimento mental narrada por homens”. Eu, Rafaela Rocha, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sou a responsável pela pesquisa e por apresentar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa está em conformidade com Normativas Éticas de Pesquisa com Seres Humanos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de dezembro de 2012 e Resolução Nº 510 DE 7 DE ABRIL DE 2016.

### **Por que a pesquisa está sendo proposta?**

A pesquisa tem como objetivo principal: compreender a experiência de cuidado de homens diagnosticados com depressão em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Santos - SP. O estudo tem finalidades acadêmicas e divulgação científica de resultados. A vantagem de participar desse estudo é contribuir para que os profissionais da saúde possam desempenhar melhor suas funções e refletir a forma de atendimento ofertado para a população masculina que frequenta o CAPS.

Caso aceite participar, você será entrevistado individualmente. As entrevistas ocorrerão presencialmente, na Universidade, no serviço de saúde ou em sua casa, como preferir. Entretanto, seguiremos todos os protocolos de biossegurança que necessite para evitar a disseminação da Covid-19, como uso de máscaras, assepsia das mãos e distanciamento físico. Estas entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora acima citada com privacidade e serão gravadas e posteriormente transcritas integralmente. A duração das entrevistas será em torno de 50 minutos. Nessa oportunidade serão abordados assuntos referentes ao diagnóstico de depressão e o cuidado em saúde ofertado.

### **Quanto aos riscos e benefícios da participação na pesquisa:**

**Riscos:** É possível que sinta algum constrangimento ou desconforto ao falar de seu sofrimento psíquico e sua busca por cuidado. Os assuntos podem trazer à tona alguns sentimentos e emoções vividos ao lidar com algumas situações.

Observação: Se o participante apresentar alguma alteração de comportamento indicadora de sofrimento e a pesquisadora achar necessário, encaminhará o participante à escuta qualificada no serviço de referência.

**Benefícios:** Sua participação não lhe trará benefícios diretos. Por meio dessa pesquisa e sua participação, esperamos obter conhecimento que possa fornecer subsídios para uma linha de cuidados em rede quando identificados desafios relacionados ao acesso dos homens aos serviços de saúde.

### **Confidencialidade**

O CAPS que foi atendido será citado, mas seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo pode ser omitido se assim preferir. Os registros obtidos só serão acessados pelas pessoas envolvidas na pesquisa, minimizando riscos de quebra de confidencialidade. Essa pesquisa resultará em uma tese, portanto será lida por outras pessoas. Você poderá ter acesso a ambos, caso deseje.

### **Quanto ao caráter voluntário**

Sendo o caráter de participação voluntária, não haverá custo algum para o participante, tampouco qualquer tipo de pagamento. Você tem total liberdade de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, assim como de adequar o meio pelo qual ocorrerá a entrevista, de presencial para telefônica ou por meio de plataforma online, conforme lhe for mais conveniente.

Você terá direito a acessar os dados parciais da pesquisa, bem como quando da publicação dos resultados. Os dados serão mantidos pelo pesquisador por até cinco anos, após isso poderão ser destruídos ou guardados na instituição.

### **Em caso de dúvidas, reclamações ou denúncias:**

Será assegurada assistência durante a pesquisa. Poderá esclarecer as dúvidas com a pesquisadora agora ou quando julgar necessário. Pesquisadora responsável: Rafaela Rocha através do e-mail [rafaelarochoa@unisantos.br](mailto:rafaelarochoa@unisantos.br) ou

telefone (13) 98804-6324. Pode ainda consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone (13)3202-0600, e-mail secretaria.cep@scsantos.com.br. O CEP fica localizado no endereço Av. Dr. Cláudio Luís da Costa, 50 – Jabaquara, Santos – SP - 3º andar Ala F, com horário de funcionamento das 08h às 17h.

Declaro que fui esclarecido quanto aos propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem adotados, as garantias de meu direito de voluntário, de confidencialidade e esclarecimentos de dúvidas posteriores, bem como nenhum benefício direto ou pagamento por minha participação. Receberei uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Concordo em participar voluntariamente desse estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalidade no meu tratamento em saúde. Autorizo a pesquisadora a entrar em contato comigo por meio de telefone, ou outro meio que fornecer, caso necessário.

---

Assinatura do participante

Data: / /

(Somente para o responsável do projeto)

“Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.”

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: / /