

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

NATALIA MARIA WEBER

Adoecimento e Masculinidades: sentidos do adoecimento para homens em uma
perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial

Maringá
2024

NATALIA MARIA WEBER

Adoecimento e Masculinidades: sentidos do adoecimento para homens em uma perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Linha de pesquisa: Subjetividade e Práticas Sociais na Contemporaneidade.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cecilia da Silva

Maringá

2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

W373a

Weber, Natalia Maria

Adoecimento e masculinidades : sentidos do adoecimento para homens em uma perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial / Natalia Maria Weber. -- Maringá, PR, 2024.

146 f. : il., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cecilia da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.

1. Masculinidade hegemônica . 2. Masculinidades subalternas . 3. Adoecimento. 4. Fenomenologia hermenêutica. 5. Decolonialidade . I. Silva, Lucia Cecilia da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 155.332

Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



NATÁLIA MARIA WEBER

Adoecimento e Masculinidades: sentidos do adoecimento para homens em uma perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA


Prof. Dra. Lucía Cecilia da Silva
Presidente


Prof. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza
Examinadora


Prof. Dr. Luiz José Veríssimo
Examinador

Aprovado em: 09/08/2024

Defesa realizada: Modelo Presencial/Híbrido na Sala de Vídeo Bloco 118.

Dedico este trabalho ao Prof. Dr. Aldevino Ribeiro da Silva, por ter sido uma rede de apoio fundamental na minha formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Pensar na vivência do mestrado envolve pensar nas pessoas que me acompanharam ao longo deste processo, que me ajudaram a sustentar a firmeza nos momentos de incertezas, que me apresentaram novas formas de pensar o meu papel enquanto psicóloga e pesquisadora, ou que simplesmente foram ‘presença’, na rotina, naquele abraço apertado, naquela conversa à toa.

Aos meus pais, **Ademir Weber e Edimarcia Aparecida Mofati**, sou grata por todo o amor e apoio em todo o período da graduação e do mestrado. Obrigada por serem a minha referência de afeto e o lugar de aconchego ao qual sempre posso recorrer. Obrigada por me incentivarem a ocupar outros espaços, a ir mais longe. Agradeço à minha irmã, **Larissa Maria Weber**, pelo apoio em nossa convivência diária, pelas trocas, pela amizade e pelo acolhimento nos momentos de incertezas e cansaço.

Agradeço ao **Professor Dr. Aldevino Ribeiro da Silva**, nosso amado Vini ou Vinão, por ter me acolhido em Maringá, e pelo incentivo na minha formação profissional. A república foi um dos contextos em que mais aprendi sobre generosidade e amorosidade, e você é uma referência em tantos sentidos para mim. Obrigada pela amizade. Você é incrível, lindinho!

Aos **amigos da república** pelos momentos incríveis que vivenciamos juntos. É bonito encarar o quanto crescemos e amadurecemos nesses anos. Os cafezinhos demorados com muitas gargalhadas, as discussões calorosas sobre assuntos profundos e aleatórios, os abraços apertados, os perrengues e conquistas diárias, são lembranças que sempre levarei comigo. Admiro a história de cada um. Obrigada por comporem também a minha.

À minha amiga e sócia, **Anna Julia**, por ter sido uma grande rede de apoio durante o processo desafiador de escrita da dissertação. Obrigada pelos momentos em que você me ouvia incansavelmente desabafar sobre a correria, sobre o medo de não dar tempo de cumprir os prazos e sempre se dispunha a me ajudar em tantas coisas. Admiro o quanto a nossa parceria é tão delicada e respeitosa.

Aos amigos da turma de mestrado, em especial à **Najla**, pelas trocas sobre a pesquisa e a vivência no estágio de docência. Obrigada por ter me acompanhado nas aulas que foram muito mais leves com a sua presença.

Agradeço à minha querida orientadora, **Profa. Dra. Lucia Cecilia da Silva**, por ter sido acolhedora em relação às minhas dificuldades no percurso da pesquisa, pelas correções cuidadosas em relação ao meu texto, pelo carinho e confiança. Espero que nossa parceria se mantenha em outros espaços.

À **Profa. Dra. Sylvia Mara**, por ter me apresentado o Existencialismo durante a graduação e pelas aulas sobre Jean Paul-Sartre que me despertaram o interesse em me debruçar sobre os estudos dessa filosofia.

Agradeço à disponibilidade da banca, aos professores **Luiz José Veríssimo** e **Daniele Ferrazza** por aceitarem e contribuírem com a pesquisa e pela gentileza nos apontamentos.

Ao **Rodrigo Corrêa**, que me acompanhou desde o início do mestrado como meu psicólogo, obrigada por ter sido um facilitador nas minhas angústias sobre as cobranças do mestrado e da vida. Reforço minha admiração por você.

Aos colegas do **Grupo de Estudos em Fenomenologia e Existencialismo** (GEFEX) pelas trocas que me mobilizaram enquanto pesquisadora e psicoterapeuta.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia**, principalmente aos professores, pelas aulas enriquecedoras e que foram extremamente pertinentes para a construção do meu lugar de pesquisadora e para as discussões da pesquisa desenvolvida.

*A poesia está guardada nas palavras — é
tudo que eu sei.
Meu fado é o de não saber quase tudo.
Sobre o nada eu tenho profundidades.
Não tenho conexões com a realidade.
Poderoso para mim não é aquele que
descobre ouro.
Para mim poderoso é aquele que descobre
as insignificâncias (do mundo e as nossas).
Por essa pequena sentença me elogiaram
de imbecil.
Fiquei emocionado e chorei.
Sou fraco para elogios.*

(Manoel de Barros – O meu quintal é maior
do que o mundo)

Weber, N. M. (2024). *Adoecimento e Masculinidades: sentidos do adoecimento para homens em uma perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.

RESUMO

A masculinidade hegemônica prevê inúmeros comportamentos por parte dos homens, como a necessidade de ser ativo em relação à sua sexualidade, de ser o provedor do lar, além de adotar um estilo de vida baseado na concepção de invulnerabilidade a partir do qual a demonstração de possíveis fragilidades podem ser vistas como algo que questiona o “modo de ser homem”. Alguns movimentos que discutem as problemáticas por trás da masculinidade hegemônica, dentre eles, o feminista e o LGBTQIAPN+, apontam que esse modelo interfere na relação que os homens assumem com o autocuidado. Há tempos, pesquisas realizadas em território nacional e internacional evidenciam enfermidades de média a alta complexidade que afetam muitos homens por eles não buscarem o cuidado preventivo. Diante disso, esta pesquisa exploratória teve como objetivo compreender a relação das masculinidades com o cuidado em saúde e o adoecimento entre os homens. Buscou-se compreender quais, e de que maneiras, as restrições impostas pelos modos de ser homem contribuem para a naturalização de vivências em meio a contextos de adoecimento, ademais, procurou-se entender como os homens se apropriam do que é saúde. Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com homens adultos e idosos contemplando diferentes marcadores existenciais, tais como orientação sexual, classe social e etnia. A partir da análise das entrevistas, foram demarcadas unidades de sentido daquilo que foi mais preponderante nos relatos dos participantes. De modo geral, o estudo revelou que a maioria dos homens tendem a procurar atendimento médico em casos mais graves, parte disso vincula-se a uma percepção de autossuficiência e do não reconhecimento de riscos, também à falta de tempo por conta do trabalho. No entanto, alguns participantes reconheceram uma percepção de que as consultas médicas são voltadas exclusivamente à prescrição de medicamentos, de modo que, não se sentem “vistos” ou acolhidos em suas demandas. Dentre as condições de adoecimento, foram apontadas a falta de vínculos/de apoio, o luto diante da perda de familiares e a perda de autonomia, como contextos em que se percebiam adoecidos. Em contrapartida, para os entrevistados, o cuidado em saúde parece estar amparado na ideia de um “estilo de vida saudável”, incluindo alimentação e atividade física como hábitos centrais. Para além disso, uma das formas de cuidado em saúde considerada significativa pelos participantes foi a relação interpessoal com seus próximos, na forma de relações de apoio, centradas na aceitação, incentivo e presença na convivência diária; a saúde aqui vincula-se ao reconhecimento de pertencimento e de legitimidade de seus ‘lugares’ nas relações. Espera-se que esta pesquisa, amparada na perspectiva fenomenológica-hermenêutica e decolonial, contribua para novos caminhos na construção de um projeto de ‘ser homem’ mais plural, bem como nas intervenções em saúde vinculadas a uma perspectiva de gênero.

Palavras-chave: Masculinidade Hegemônica. Masculinidades subalternas. Adoecimento. Abordagem fenomenológica-hermenêutica. Decolonialidade.

Weber, N. M. (2024). *Illness and Masculinities: The meanings of illness for men from a Phenomenological-Hermeneutic and Decolonial Perspective*. Master's Thesis. Graduate Program in Psychology. State University of Maringá - Maringá-PR.

ABSTRACT

Hegemonic masculinity prescribes numerous behaviors for men, such as the need to be active in their sexuality, to be the provider of the household, and to adopt a lifestyle based on the concept of invulnerability, from which the demonstration of potential weaknesses may be seen as something that questions the "way of being a man". Certain movements that discuss the issues behind hegemonic masculinity, including feminist and LGBTQIAPN+ movements, point out that this model interferes with men's relationship with self-care. For some time, research conducted both nationally and internationally has evidenced medium to high-complexity illnesses that affect many men because they do not seek preventive care. Considering this, this exploratory research aimed to understand the relationship between masculinities, health care, and illness among men. The goal was to understand which and how the restrictions imposed by ways of being a man contribute to the naturalization of experiences in contexts of illness and to understand how men appropriate the concept of health. To this end, semi-structured interviews were conducted with adult and elderly men, considering different existential markers such as sexual orientation, social class, and ethnicity. From the analysis of the interviews, units of meaning were demarcated based on what was most predominant in the participants' accounts. Generally, the study revealed that most men tend to seek medical attention in more severe cases, partly linked to a perception of self-sufficiency and non-recognition of risks, and also to a lack of time due to work. However, some participants recognized a perception that medical consultations are exclusively aimed at prescribing medications, so they do not feel "seen" or welcomed in their needs. Among the conditions of illness, the lack of support, mourning the loss of family members, and the loss of autonomy were pointed out as contexts in which they perceived themselves as ill. Conversely, for the interviewees, health care seems to be supported by the idea of a "healthy lifestyle," including diet and physical activity as central habits. Beyond this, one significant form of health care considered was contact with support relationships, centered on acceptance, encouragement, and presence in daily life; here, health is linked to the recognition of belonging and legitimacy of their 'places' in relationships. It is hoped that this research, supported by a phenomenological-hermeneutic and decolonial perspective, will contribute to new paths in the construction of a more plural project of 'being a man,' as well as in health interventions linked to a gender perspective.

Keywords: Hegemonic Masculinity. Subaltern Masculinities. Illness. Phenomenological-Hermeneutic Approach. Decoloniality.

LISTA DE SIGLAS

BCE – Biblioteca Central dos Estudantes

CID11 – Classificação Internacional de Doenças

COVID 19 – *Coronavirus Disease*

EJA – Educação de Jovens e Adultos

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDGM – Índice de Desafios da Gestão Municipal

MST – Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

Introdução.....	10
1. Adoecimento e Saúde	21
1.1 O adoecimento em uma perspectiva de gênero	21
1.2 O adoecimento em uma perspectiva decolonial	24
1.3 Saúde e doença na abordagem fenomenológica-hermenêutica e a intersecção com as masculinidades	31
2. Masculinidades.....	40
2.1 Subvertendo a categoria gênero - Por que só o gênero não basta?	40
2.2 A masculinidade hegemônica.....	46
2.3 Masculinidades subalternas.....	51
3. Metodologia	58
3.1 É possível uma leitura fenomenológica-hermenêutica e decolonial?	58
3.2 O método fenomenológico-hermenêutico.....	62
3.3 Procedimentos éticos e participantes	64
4. Apresentando os participantes	66
4.1 Willian (20 anos)	67
4.2 Artur (28 anos)	69
4.3 Miguel (35 anos).....	70
4.4 João (43 anos)	72
4.5 Carlos (54 anos).....	73
4.6 José (60 anos).....	75
4.7 Pedro (66 anos)	76
4.8 Glauco (72 anos).....	77
5. Unidades de Sentido	79
5.1 <i>A gente procura na hora que está quase na beira da morte: a busca pelo atendimento médico quando o adoecimento se agrava.</i>	79
5.2 <i>É você que tem que fazer, tem que dar conta: o sentimento de autossuficiência e o não reconhecimento de riscos.</i>	80
5.3 <i>la trabalhar meio morrendo: cuidado e trabalho</i>	81
5.4 <i>Tem médico que não conversa, só passa remédio: atenção médica “não humanizada”</i>	83
5.5 <i>Eu não cuidava de mim, não cuidava da alimentação, não cuidava do corpo, não cuidava de nada: cuidado e estilo de vida.</i>	85
5.6 <i>Não sou mais aquele homem que eu era: o adoecimento vinculado às perdas do luto;</i>	87
5.7 <i>Pessoas importantes na minha vida, que sempre estiveram comigo: cuidado e rede de apoio</i>	90

5.8 – <i>Homem pra cuidar da saúde é difícil, mas tem um pessoal que até exagera: o olhar sobre outras masculinidades</i>	93
6. Discussão.....	95
6.1 Cuidado como condição da existência: como os homens se cuidam?	97
6.2 A disposição afetiva do Temor como distanciamento de Cuidado próprio.....	100
6.3 Ser-com-outro como cuidado em saúde existencial	104
6.4 A temporalidade acelerada e o trabalho como dinâmica existencial	110
6.5 Corporeidade e vivências de Saúde e Adoecimento	114
6.6 Estilo de vida e Atendimento Médico em um horizonte técnico de Cuidado da Saúde.....	119
7. Considerações Finais	125
Referências.....	129
Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP	140
Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	143
Apêndice II: Roteiro da entrevista semiestruturada.....	146

Introdução

Pode uma mulher falar sobre masculinidades? Onde se encontra o ‘lugar de fala’? Essas foram algumas das indagações com as quais me deparei ao pensar em estudar sobre o modo com que os homens experienciam a saúde e o adoecimento. Em alguns momentos, pessoas próximas também me questionavam se não seria mais coerente ter um enfoque voltado às dificuldades vivenciadas por mulheres. Considerando tais indagações, busco, num primeiro momento, expressar um pouco da narrativa que tece os fios do meu interesse nos estudos sobre masculinidades e, sobretudo, de qual lugar me posiciono ao me debruçar, enquanto pesquisadora, na compreensão dos relatos dos homens que aceitaram participar das entrevistas.

A temática sobre o adoecimento dos homens de alguma forma atravessou a minha história pessoal. Grande parte da minha vida, desde a infância e na adolescência, foi situada em Cruzeiro do Sul, num contexto rural de um município pequeno do noroeste do Paraná. A comunidade rural em que minha família residia na época era um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST). Em torno de 50 famílias moravam por perto da minha, e era rotineira a convivência compartilhada, desde eventos culturais, educacionais e políticos promovidos pelo movimento, até eventos religiosos, como missas e novenas que aconteciam nas residências, havia também festas comemorativas e reuniões para decisões comunitárias.

Um dos contextos com o qual pude conviver foi o trabalho da Educação de Jovens e Adultos (EJA), uma vez que minha mãe atuava como professora no período noturno, em um casarão que pertencia à sede da comunidade. Recordo-me que esse espaço das aulas favorecia uma intimidade que permitia que muitos homens relatassem aspectos de um sofrimento da rotina intensa de trabalho, queixas de dores e agravos na saúde por conta de falta de cuidados básicos, como exames preventivos, acesso à atenção primária de saúde e hábitos de um autocuidado. Das histórias relatadas pelos adultos e idosos, muitos mencionavam que haviam iniciado o uso de álcool e tabaco na infância ou na adolescência e, por conta disso, alguns desenvolveram quadros de cirrose, câncer de pulmão ou de fígado precocemente. Lembro-me de algumas vezes que fui a velórios de homens que faleceram jovens, em torno de seus quarenta anos, por conta dessas circunstâncias da falta de cuidado.

Na literatura nacional, há inúmeros estudos exploratórios sobre a vivência das masculinidades do campo que evidenciam que grande parte dos homens adultos só procura serviços de atenção primária à saúde quando apresentam condições agudas que interferem principalmente na execução do trabalho (Miranda, Oliveira, Sampaio & Vasconcellos, 2021). Os sentidos da saúde e doença parecem ser atravessados pela relação que esses homens têm

com o trabalho rural. Dentre as principais queixas de adoecimento dos homens do campo, deve-se considerar que

(...) os trabalhadores rurais realizam suas atividades de forma arriscada e insalubre. Encontram-se em ambientes propiciadores de diversos riscos, como a exposição aos agrotóxicos, acidentes com animais, acidentes com ferramentas, máquinas e implementos, exposição a ruídos e vibrações, às radiações solares, às partículas de grãos, aos agentes infecciosos e parasitários, entre outros. Esses riscos ocasionam doenças e/ou agravos como envelhecimento precoce, câncer de pele, exaustão por calor, aumento da pressão arterial, síncope, cãibras, lombalgias, intoxicações, bronquite crônica, asma, pneumonias, câncer de pulmão, distúrbios do sono e agravos psicossociais (Miranda, Oliveira, Sampaio & Vasconcellos, 2021, p.3).

Nesse sentido, considerar o território rural é crucial para a compreensão das vivências de adoecimento e dos sentidos atribuídos à saúde pelos homens que ocupam esse espaço, o que, em certa medida, envolve as especificidades do trabalho realizado no campo. Milton Santos (2006) contribui com essa discussão ao apresentar que a noção de território transpõe aspectos da dimensão física, ao situar o seu sentido existencial, no qual o território, como espaço, permite a realização das ações concretas dos sujeitos, bem como consolida uma noção de identidade.

No território, os sujeitos residem, circulam e trabalham, atribuindo um caráter simbólico a essas vivências, há uma comunhão que é mantida (Santos, 2007). Diante disso, situar o adoecimento do homem do campo é também situar a territorialidade que o circunda e que ele próprio constrói constantemente. A noção de território permite entender o acesso ou as restrições a certos bens e serviços essenciais à saúde que os sujeitos têm ou deixam de acessar, o que é uma pauta importante para políticas de saúde pública.

O conceito de espacialidade é situado na teoria heideggeriana como um dos existenciais que estruturam a condição do ser-aí, de ser-no-mundo. Na nossa condição de ser-no-mundo, desvelamos o mundo como nos é ofertado em sua facticidade, mas, ao mesmo tempo, temos a possibilidade de nos situarmos de outros modos. Assim, o “mundo vivido” pode ser expressado por determinados espaços compartilhados com muitas pessoas, mas pode também remeter a uma vivência espacial mais introspectiva, na relação consigo próprio.

Edward Relph (1996), a partir de sua obra intitulada “*Lugar e lugar-sem-lugaridade*” (*Place and Placelessness*), se apropria do conceito de “lugar” numa perspectiva heideggeriana, ao situá-lo como existencialmente vivido: “(...) “lugar” significa muito mais que o sentido geográfico de localização. Não se refere a objetos ou atributos das localizações, mas a um tipo de experiência e envolvimento com o mundo, à necessidade de raízes e segurança” (Relph, 1996, pp.16-17). É pela visão dessa experiência e envolvimento com o mundo que podemos

reconhecer diferentes modos de localização da existência, reconhecendo lugares que por vezes são invisibilizados, como o das pessoas que residem no contexto rural.

Para além das masculinidades do campo, também tive contato com casos de homens mais jovens, que por mais que aparentassem ter uma saúde física satisfatória, tinham comportamentos negligentes em relação à vida. Perdi alguns amigos de infância por conta de acidentes de moto e de carro, acidentes que poderiam ter sido evitados. Tais situações confirmam que os homens são educados e instruídos a sempre assumirem uma postura proativa, inclusive diante do risco, que é visto como algo a ser superado e não evitado (Instituto Papai, 2009), sendo os acidentes com meio de transportes uma das principais causas de morte na população masculina (PNAISH¹, 2018).

Como mulher, também me sensibilizava o sofrimento de outras mulheres, esposas e mães que perdiam seus maridos e filhos. E nesse contexto, mesmo adolescente, eu já percebia, mesmo que de modo irreflexivo, o lugar que a mulher ocupava nessas relações, o de cuidado. Algo de uma representação muito simbólica desse cuidado, a qual me recordo em uma conversa, foi da mãe de um amigo que veio a falecer após um acidente fatal de moto. Ela mencionava o quanto ficava aflita todas as vezes que ele saía à noite, de moto, às pressas, mas durante o dia, fazia novenas, colocava uma água para benzer ouvindo a benção do padre na rádio, pedia proteção e segurança ao filho, jogava a água na moto na esperança de que tudo ficasse bem, e que ao final da noite, ele retornasse para casa.

Por outro lado, também percebi outras formas de adoecimento, de um desfecho não tão fatal, que acontecia na sutileza de micro agressões de palavras cotidianas, restringindo modos de ser e de viver. Uma dessas histórias foi a de um adolescente, que, muito tímido, teve muitas dificuldades de lidar com o *bullying* no colégio. O *bullying* reproduzia um machismo muito escancarado por conta de seu sobrenome, “Veado”, termo socialmente empregado fazendo menção à homossexualidade. Foi um sofrimento muito persistente, um rapaz que poderia continuar estudando, quem sabe visualizando outras oportunidades futuras, viu-se desmotivado a continuar no colégio, a ponto de desistir de fato. Nesse contexto, a família se mobilizou judicialmente e, em cartório retiraram o sobrenome da identidade.

Estudos exploratórios evidenciam que a masculinidade juvenil também é demarcada por uma relação hierárquica de poder dentro de seu grupo de pares, tendo alguns critérios que fundamentam isso, sendo a heterossexualidade um deles, como também a idade. Desta forma,

¹ **PNAISH** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - foi instaurada no ano de 2009 no Brasil e tem como objetivo central promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, reduzindo o índice de morbidade e mortalidade dessa população.

os jovens buscam interpretar e demarcar a orientação sexual de seus pares a partir de informações e comportamentos que considerem não fazer parte da heterossexualidade (Angerami, 2018).

Ao me mudar para Maringá, em 2015, passei a morar em uma república, e novamente a relação com as masculinidades passou a fazer parte do contexto de minhas vivências, isso porque, na casa, grande parte dos moradores, que hoje são meus amigos, eram homens jovens e universitários. Na república, eu convivia com mais ou menos 20 pessoas, sendo, em média, quinze homens e cinco mulheres. A convivência diária com eles também foi um contexto que me permitiu entender os conflitos decorrentes da masculinidade dominante, considerando as relações dos homens enquanto grupo social, como a maneira com que as relações entre essas masculinidades apareciam e se atravessavam com as suas diferenças conflitantes e identificações.

Sobre isso, Zanello (2018) apresenta que, no contexto de grupos, a masculinidade hegemônica medeia o julgamento dos homens entre si, mas também a própria relação que o homem tem consigo mesmo, no que se refere à sua autoestima. Na convivência da república, alguns conseguiam até expressar os conflitos vinculados a isso, outros pareciam ter uma dificuldade maior em se defrontar, tanto com os privilégios, quanto com as problemáticas que lhes causavam sofrimento. Na convivência com esses amigos, percebi alguns critérios que demarcavam um lugar de superioridade dentro do grupo, tais como: o curso da graduação (no caso de cursos com mais status), ter algum título de pós-graduação (mestrado ou doutorado), a aparência física (ser forte), e a heterossexualidade.

Por um lado, tive contato com masculinidades que tiveram restrições de espaços afetivos e educacionais que fossem referências na construção de uma relação própria de cuidado: os homens do campo, que muito sabiam sobre o trabalho da terra, sobre a militância e pouco contato tiveram com outros aspectos de suas subjetividades. De outro lado, uma vivência urbana, com homens mais jovens, com acesso à informação e a um contexto que favoreceu muitos cuidados com a própria saúde, dentre eles, acesso a certas oportunidades, como a formação profissional em uma universidade pública. Entretanto, de alguma forma também se restringiam, se cobravam a ocupar um lugar de homem que precisava ‘performar’, seja no trabalho, nas relações afetivas ou na aparência física.

Ao pensar em estudar sobre masculinidades, me deparei com a preocupação de entender o que seria o “lugar de fala”, e isso me abriu um leque de outras questões, para às quais não necessariamente tenho as respostas, mas acredito que esta pesquisa possa também contribuir na

ampliação das discussões sobre esse conceito. Cabe, então, perguntar: pode uma mulher falar sobre masculinidades? Falar de masculinidades é falar sobre homens?

Sobre a primeira questão, nota-se uma tendência de situar os estudos das masculinidades mediante um olhar de exclusividade sobre os homens e as relações entre eles. Raewyn Connel² (2013), nos apresenta uma possibilidade que nos parece mais assertiva: uma abordagem relacional de gênero, que inclua as mulheres como parte relevante neste diálogo. Consideramos aqui, que as mulheres também são centrais em muitos processos de construção das masculinidades, sejam como mães, namoradas/esposas e colegas de trabalho, como também incorporando discursos que legitimam tais masculinidades. Deste modo, até a própria construção de “feminilidade” é dada em relação direta com as masculinidades.

Outro aspecto importante, é situar que padrões hegemônicos de masculinidades também aparecem em outras práticas que estruturam a vida em várias esferas, como a cultural, a governamental e a educacional, o que de certa forma também afeta diretamente as mulheres. Isso aparece, por exemplo, em contextos de trabalho em que há uma divisão salarial desproporcional, em relação à representatividade governamental nas decisões que regulamentam a vida social, bem como na própria relação de cuidado, no âmbito da saúde e doença, e na relação com a família. Neste sentido, em uma perspectiva relacional de gênero a intenção se direciona a “identificar como se institucionalizam e como se atualizam as relações de gênero, possibilitando efetivamente transformações no âmbito das relações generificadas, ou seja, orientadas pelas desigualdades de gênero” (Medrado & Lyra, 2008, p.820).

Sobre a segunda questão, cabe adentrarmos no conceito de “lugar de fala”. Tal conceito tem tido repercussão significativa, principalmente nas redes sociais, na maioria das vezes fazendo menção a quem pode ou não falar sobre determinado assunto, como os marcadores existenciais: gênero, classe social, raça e sexualidade. Entretanto, López e Lopes (2022) apontam que nesses espaços virtuais raramente busca-se conceituar de fato o que seria o “lugar de fala” e que isso pode acarretar uma espécie de “esvaziamento conceitual”.

Diante disso, ao me situar em relação ao conceito de “lugar de fala”, me deparei com a obra de Djamilia Ribeiro, “*O que é lugar de fala?*”, (2017) como uma das principais obras de referência nacional sobre a temática. A autora aponta sobre a importância de não igualar “lugar de fala” à representatividade:

² **Raewyn Connel** (1944), mulher trans, socióloga e autora reconhecida internacionalmente como uma das principais referências nos estudos de gênero, com enfoque nas masculinidades. A autora realizou uma série de estudos com homens australianos, buscando compreender as masculinidades das camadas populares e privilegiadas. O conceito de masculinidade hegemônica passou a ser reconhecido a partir de suas obras.

Um dos equívocos mais recorrentes que vemos acontecer é a confusão entre lugar de fala e representatividade. Uma travesti negra, por exemplo, pode não se sentir representada por um homem branco cis, mas esse homem branco cis pode teorizar sobre a realidade das pessoas trans e travestis a partir do lugar que ele ocupa. Acreditamos que não pode haver essa desresponsabilização do sujeito do poder. A travesti negra fala a partir de sua localização social, assim como o homem branco cis fala a partir do dele. Se existem poucas travestis negras em espaços de privilégio, é legítimo que exista uma luta para que elas, de fato, possam ter escolhas em uma sociedade que as confina em um determinado lugar, logo, é justa a luta por representação, apesar dos seus limites. Porém, falar a partir de lugares é também romper com essa lógica de que somente os subalternos falem de suas localizações, fazendo com que aqueles inseridos na norma hegemônica sequer se pensem (pp.83-84).

Nesse sentido, como aponta Ribeiro (2017), o lugar de fala compreende a localização do sujeito que fala e a intencionalidade daquilo que se anuncia. Tal forma de situar o lugar de fala não dá margem para um “ultra-relativismo” (López & Lopes, 2022) que favorece a manutenção de discursos hegemônicos de violência aos subalternos. A autora também não ignora o papel da representatividade, mas convoca a pensar um ‘lugar de fala’, em que aqueles que numa condição de certos privilégios reflitam e se engajem por uma sociedade mais justa, principalmente para aqueles que se encontram em condições marginalizadas.

Pensando nisso, busco me localizar enquanto sujeito e na intencionalidade dos meus estudos sobre as masculinidades. O meu lugar de fala é de uma mulher jovem, de 26 anos, branca, cis, heterossexual, psicóloga, pesquisadora, que ainda se vê num processo de construção enquanto feminista, que viveu, em grande parte da sua história, em um contexto rural, de um município pequeno e que teve/mantém relações afetivas com homens, tanto num contexto rural (Cruzeiro do Sul/PR), quanto urbano (Maringá/PR), seja como filha, neta, sobrinha, namorada, amiga, conhecida, psicóloga clínica e, agora, pesquisadora. Meu lugar de fala parte da intenção de compreender e ampliar a produção de conhecimentos sobre o modo como os homens experienciam os modos de “adoecer” e de “saúde”, considerando os homens que se encontram às margens da dita masculinidade hegemônica e aqueles que são favorecidos por ela.

Como mulher, compreendo a condição de privilégios dos homens, favorecida por um machismo que perpetua também a opressão contra as mulheres de muitas formas, desde as mais veladas, como o assédio em espaços públicos e o acesso a certos espaços de poder, como as mais gritantes vinculadas aos casos de feminicídio, violência doméstica, e o abuso sexual, desde crianças, adolescentes a mulheres jovens e adultas. Considero importante situar tais privilégios ao pensar no modo como as masculinidades se constroem, inclusive considerando que existem diferenças no modo como tais privilégios são distribuídos entre essas masculinidades. Pensando

na condição desses privilégios, considero a fala de bell hooks³ (1952/2020) relevante a essa pesquisa:

É verdade que os homens não são explorados ou oprimidos pelo sexismo, mas também existem formas pelas quais eles acabam sofrendo em razão disso. Embora isso de modo algum diminua a seriedade dos abusos e da opressão masculina contra as mulheres ou negue a responsabilidade masculina pelos atos de exploração, a dor que os homens experimentam podem servir como um catalisador, chamando atenção para a necessidade de mudança (hooks, 2020, p.118).

A autora aponta a necessidade de se considerar a opressão masculina contra as mulheres, no entanto, evidencia que ir ao encontro do sofrimento advindo dessa masculinidade dominante, talvez contribua para que os homens se engajem a uma responsabilidade que os defrontem inclusive em relação a esses privilégios, principalmente em relação a esse modo de ser do homem que violenta de diversas formas. Acredito que esta pesquisa, ao estudar masculinidades vinculadas aos modos expressivos de experimentar o adoecimento e saúde, possa ser um espaço que contribua para um diálogo assertivo sobre essa responsabilidade, construindo reflexões que os levem a perceberem-se enquanto homens, no modo como se relacionam enquanto grupo, consigo mesmos e na relação com as mulheres.

Encontro-me também com a teoria sartreana que resgata a responsabilidade pessoal que cada sujeito possui na construção de uma sociedade cada vez mais justa e igualitária. Considera-se nesta pesquisa o caráter universal do projeto de ser “homem” na sociedade contemporânea, que tem como pano de fundo uma política neoliberal que não atravessa somente os contextos políticos e econômicos, mas também o cerne das relações sociais, das questões identitárias, dos papéis sociais empregados nas relações de gênero. Nota-se que a universalidade por trás de um “projeto de ser homem” tem sustentado masculinidades afeiçoadas a modos de se relacionar que levam ao adoecimento e ao distanciamento no cuidado em saúde. Ao retratar a universalidade presente no projeto existencial, Sartre evidencia a responsabilidade atrelada a isso na construção de uma sociedade condizente com princípios humanitários:

Construo o universal, escolhendo-me; construo-o entendendo o projeto de qualquer outro homem, de qualquer época que seja. Esse absoluto da escolha não elimina a relatividade de cada época. O que o existencialismo faz questão de mostrar é a ligação existente entre o caráter absoluto do engajamento livre – pelo qual cada homem se realiza, realizando um tipo de humanidade – engajamento sempre compreensível em

³ **bell hooks** é o pseudônimo escolhido pela autora em homenagem à sua avó. A escrita em letras minúsculas foi definida pela autora como uma forma de posicionamento político, defendendo a ideia de que gostaria de ser reconhecida pelas suas obras e não pelo seu nome.

qualquer época e por qualquer pessoa, e a relatividade do conjunto cultural que pode resultar dessa escolha (Sartre, 1970, p.14).

Com isso, Sartre evidencia que a escolha de cada indivíduo é delimitada por uma liberdade situacional, por uma facticidade demarcada por um determinado tempo e espaço históricos. Sendo assim, ao escolher, o sujeito escolhe por todos, considerando que, realizando o seu projeto a partir das suas escolhas, o sujeito se engaja na construção de um tipo de humanidade a partir da construção de modos de se relacionar, que podem afetar diretamente a todos. Ao criar o homem que deseja ser, simultaneamente, o sujeito está criando uma imagem de homem na qual ele julga o que deve ser (Sartre, 1970).

Que possamos, então, pensar num “projeto de ser homem”, que nos permita vislumbrar uma maneira mais humana de ser homem, menos opressiva e que, sobretudo, possibilite a abolição de hierarquias de gênero. Um cenário no qual os homens possam assumir uma posição de compromisso com o autocuidado e com a participação ativa nas intervenções em saúde que atendam às suas singularidades, que acolham as suas fragilidades, possibilitando um cuidado em saúde se dê em iniciativas de ordem mais preventivas do que emergenciais.

Para isso, esta pesquisa busca fazer interlocução com estudos e teorias que assumem esse compromisso. A primeira seria a teoria fenomenológica de Martin Heidegger, que nos dará subsídios para pensar sobre os fenômenos do adoecimento e saúde vinculados às masculinidades hegemônicas e subalternas. Além disso, também contemplaremos discussões que se amparam nos estudos feministas e decoloniais. Tais estudos evidenciam que a colonialidade permeia a construção da sociedade, seja no plano político — Quem nos representa em nosso país? Quem assume os cargos de governança? No plano epistemológico — Quais saberes são reconhecidos e validados socialmente? —, e no plano ontológico — Quais sujeitos de fato exercem sua cidadania? Tendo suas identidades aceitas socialmente? (Leite e Júnior, 2015).

Considerando que as masculinidades se estruturam, se constroem ou são reféns da colonialidade, pela última ser responsável por demarcar as hierarquizações entre os seres humanos, seja pela cor da pele, gênero e classe social, vinculada à localização geográfica e social que os sujeitos ocupam. Ainda, considerando que a conceituação de saúde e adoecimento também se estrutura a partir de discursos hegemônicos, seja nas categorias diagnósticas, na construção do sujeito que cuida, ou na formulação de tratamentos e o acesso, ou restrições, que determinados sujeitos têm em relação ao cuidado em saúde. Devemos então aderir a estudos

que vão na direção contrária, que construam novas bases nos modos de pensar os sujeitos, mas também os saberes sobre a saúde e o adoecimento.

Isso posto, esta pesquisa buscou compreender os modos como os homens experienciam o adoecimento e a saúde, tendo como critério a pluralidade de masculinidades. Deste modo, foram realizadas entrevistas com homens acima de 18 anos, buscando contemplar as variadas faixas etárias (jovens, adultos e idosos), as diferentes territorialidades que ocupam (contexto rural e urbano), bem como outros marcadores como orientação sexual e questões étnico-raciais. O projeto de pesquisa deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética (COPEP) sob o parecer n. CAAE- 75686923.6.0000.0104. (Anexo I)

A fundamentação teórica, estruturada em capítulos, foi dividida em duas temáticas gerais. A primeira, em relação à compreensão da saúde e do adoecimento, e a segunda sobre as questões de gênero, estreitando para as masculinidades. Sobre o primeiro capítulo, foi feita uma divisão em três tópicos, sendo eles: 1.1 O adoecimento em uma perspectiva de gênero; 1.2 Adoecimento numa perspectiva decolonial; 1.3 Adoecimento e Saúde em uma perspectiva fenomenológica-hermenêutica em intersecção com as masculinidades.

O primeiro tópico remete a uma contextualização geral, sobre como os fenômenos do adoecimento e saúde são vivenciados por homens e mulheres. Para isso, foi feito um levantamento bibliográfico de estudos que apontaram as principais causas de adoecimento e de morte entre os homens, elucidando que muitas delas referem-se a causas externas, envolvendo situações de exposição a riscos e a violências. Além disso, buscou-se discutir o quanto a construção dos papéis, no que diz respeito, a “ser homem” ou “ser mulher” atravessa diretamente a compreensão sobre o cuidado em saúde.

No segundo tópico, foi apontado um modo de olhar para o adoecimento atrelado aos discursos coloniais, o quanto eles produzem e definem o que é doença e saúde. Deste modo, consideramos a necessidade de revisitar os discursos históricos sobre os modos como tais fenômenos são compreendidos, para averiguar contradições e relações de poder desarmônicas.

No terceiro tópico, adentramos na discussão sobre saúde e adoecimento a partir do viés fenomenológico-hermenêutico, buscando lançar algumas indagações de como esses fenômenos podem ser compreendidos nas vivências dos homens a partir desta abordagem. Na teoria heideggeriana, a saúde é entendida em seu caráter existencial, enquanto cuidado da própria existência, já o adoecimento é compreendido como privação, em meio a modos restritivos de ser e agir. Diante disso, situamos alguns aspectos de como o tempo histórico atual, pautado nas tecnologias, conduzem a uma apropriação de cuidado distante de seu caráter ontológico.

O segundo capítulo, intitulado “Masculinidades”, também está subdividido em três tópicos. No primeiro, adentramos na discussão sobre os limites de pensar as masculinidades somente amparadas na categoria gênero, buscando situar de que forma tal marcador tem sido debatido a partir de outras lentes na atualidade, como a do feminismo negro que oferece um debate mais amplo, que inclui as questões raciais.

No segundo tópico, apresentamos uma conceituação sobre as “Masculinidades hegemônicas” buscando elucidar as características que ditam esse modo de ser homem na vivência individual, mas também resgatando o quanto essa masculinidade dominante tem um caráter de codependência de outras estruturas de poder que regulamentam a vida. Já no terceiro tópico, nos debruçamos sobre as “Masculinidades subalternas”, discutindo inicialmente o termo “subalterno” e, posteriormente, fazendo uma intersecção com outras categorias centrais, como raça e orientação sexual.

No terceiro capítulo, situamos a metodologia da pesquisa: na primeira parte, buscando pensar uma possível interlocução entre a fenomenologia-hermenêutica de Heidegger e o pensamento decolonial. Entendemos que o giro decolonial é uma proposta política de nos situarmos em relação à nossa realidade, nos modos de se compreender os fenômenos e construir novas epistemologias. Na segunda parte, situamos as bases da fenomenologia de Heidegger, que parte da hermenêutica como forma de se diferenciar da proposta de Fenomenologia de Husserl.

O quarto capítulo refere-se à apresentação dos participantes, foram mencionadas tanto uma contextualização geral sobre a história de cada um, como também algumas impressões sobre como foi o momento da entrevista e trechos pontuais de algumas falas centrais de cada participante. Os nomes de identificação são fictícios, escolhidos pelos próprios participantes.

No quinto capítulo, por sua vez, demarcamos as unidades de sentido encontradas na análise minuciosa das entrevistas, situamos recortes da fala das entrevistas dos participantes, para ilustrar como cada unidade de sentido se sustenta. As unidades de sentido encontradas foram as seguintes: 5.1- *A gente procura na hora que está quase na beira da morte*: a busca pelo atendimento médico quando o adoecimento se agrava; 5.2- *É você que tem de fazer, tem que dar conta*: o sentimento de autossuficiência e o não reconhecimento de riscos; 5.3- *Ia trabalhar meio morrendo*: cuidado e trabalho; 5.4- *Tem médico que não conversa, só passa remédio*: atenção médica “não humanizada”; 5.5- *Eu não cuidava de mim, não cuidava da alimentação, não cuidava do corpo, não cuidava de nada*: cuidado e estilo de vida; 5.6- *Não sou mais aquele homem que eu era*: o adoecimento vinculado às perdas do luto; 5.7- *Pessoas importantes na minha vida, que sempre estiveram comigo*: cuidado e rede de apoio; 5.8- *Homem*

pra cuidar da saúde é difícil, mas tem um pessoal que até exagera: o olhar sobre outras masculinidades.

No sexto capítulo, contemplamos a discussão das unidades de sentido, a partir da teoria de Heidegger e de autores que discutem gênero e a saúde-doença, a partir de uma perspectiva decolonial. A discussão foi subdividida em tópicos, que retratam as principais temáticas encontradas nas unidades de sentido. Buscou-se discutir as vivências dos participantes, articulando com os *existenciais* apresentados na fenomenologia heideggeriana, tais como ser-com-outro, corporeidade, espacialidade, temporalidade e finitude. Além disso, buscamos fazer uma interlocução entre o conceito de cuidado em sua obra e o modo como isso é discutido socialmente nos papéis de gênero.

Ressaltamos que, ao longo do texto, os termos “homem”, “homens”, foram empregados como referência à categoria homem, enquanto masculino, fazendo menção às vivências daqueles que se identificam como homens. Além disso, a expressão modos de “ser-homem” foi utilizada para situar a pluralidade na construção das masculinidades, demarcando atitudes e expressões que estruturam o lugar dos homens nas vivências concretas. Em algumas citações, por vezes, o termo ‘homem’ ou ‘homens’, é empregado fazendo menção ao “ser humano” no sentido geral, nestes momentos serão sinalizados no corpo do texto essa representação. Utilizaremos o termo “ser humano” para sinalizar vivências que perpassam a existência humana de modo geral.

1. Adoecimento e Saúde

1.1 O adoecimento em uma perspectiva de gênero

*Nos ensinaram assim:
carregar à frente hasteada
a bandeira do pênis.*

*Nos ensinaram assim:
carregar atrás
um ânus com armadura.*

*Nos ensinaram assim:
meia vida à frente,
meia morte atrás.*

Nos ensinaram tudo pela metade.

(“Macho aprendido” – Ulisses Tavares)

Ao situarmos a categoria de gênero nos modos de se pensar o adoecimento e a saúde, podemos nos indagar: há certas formas de adoecimento, que afligem mais aos homens? Ou mais, às mulheres? Há modos de expressão de sofrimento, adoecimento psíquico/emocional que não têm legitimidade de exposição tanto pelos homens, quanto pelas mulheres?

Comumente, atribuem-se aos homens características como a força, a independência e a agressividade. Já em relação às mulheres, atribui-se a noção de que são cuidadoras natas, delicadas e pacientes, comportamentos esses que sugerem também uma passividade (PNAISH, 2018). Ainda, os valores esperados pela sociedade no que diz respeito a ser um “homem de verdade” não estimulam a manifestação de afeto e do cuidado consigo mesmo.

Há dados que confirmam a proposição de uma vivência pautada em riscos, apontando que as principais causas de morte entre os homens têm sido: o homicídio, os acidentes de transporte, o suicídio e o restante por causas diversas (PNAISH, 2018; Ribeiro et al., 2016). Tais causas de morte não se dão na lógica do adoecimento físico/orgânico, de adoecimentos que degeneram o corpo, mas de alguma forma denunciam um modo de vivenciar as masculinidades, que de alguma forma pode ser considerada adoecida.

Por sua vez, em relação às causas diversas, Aguiar (2018) aponta que nas enfermarias das unidades de saúde é alta a incidência de homens com hipertensão, diabetes e neoplasias

malignas. Segundo a autora, o câncer de próstata é o tipo de câncer mais incidente em homens em território nacional. Sobre isso, pontua-se que os principais fatores de risco do câncer de próstata seriam a idade (homens acima de 65 anos ou mais são mais propensos), bem como aspectos étnicos, sendo essa doença duas vezes mais comum em homens negros do que em brancos. Por fim, a hereditariedade e certos hábitos de vida, como o tabagismo e o alcoolismo, que influenciam diretamente no desenvolvimento da doença (Aguiar, 2018).

Além disso, segundo Levorato (et al. 2014), as mulheres tendem a buscar os serviços de saúde duas vezes mais que os homens, o que reforça que as formas “como os homens constroem e vivenciam suas masculinidades encontram-se vinculadas às matrizes dos modos de adoecer e morrer [...]” (PNAISH, 2009, p.35). Isso porque são os homens que mais buscam acesso aos serviços de média e alta complexidade, quando o quadro da saúde já está agravado, necessitando, muitas vezes, de medidas de cuidados mais invasivas (Couto et al., 2010; PNAISH, 2018). Diante disso, tais dados acabam sendo pautados no cenário da saúde pública, considerando que os tratamentos de média e alta complexidade acabam sendo mais onerosos para o SUS, além de reduzir a expectativa e a qualidade de vida desta população (Aguiar, 2018).

Os dados apontam, então, que o cuidado em saúde ainda é visto socialmente como um papel das mulheres, ao passo que, aos homens, a exposição excessiva a riscos desnecessários é reconhecida como uma afirmação de sua masculinidade (Ribeiro et al., 2016). No que tange o modelo de masculinidade dominante, ele conduz a um distanciamento dos homens dos serviços de saúde, bem como representa um peso significativo nos altos índices de adoecimento e morte precoces por eles vivenciados. Em decorrência desse distanciamento, muitos sinais a respeito de um possível adoecimento não são reconhecidos e, por consequência, são negligenciados.

A partir de estudos realizados, principalmente a partir da década de 1970, passou-se a considerar a importância de contextualizar o gênero neste campo da saúde-doença (Couto & Gomes, 2011). Para abordar integralmente a saúde dos homens, tornou-se necessário definir alguns conceitos-chave que se entrelaçam em suas vivências, como o conceito geral de masculinidades (Connel, 1995; Kimmel, 1998; Nascimento, 2018) e o de masculinidade hegemônica (Connel, 1995) especificamente. No Brasil, tais discussões tiveram repercussões promissoras, as quais possibilitaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Tal política foi instaurada no ano de 2009, trazendo como objetivo central:

Facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde (Brasil, 2009, p.53).

Tal política mostra-se como um marco importante, pois o Brasil é um dos três países que têm de fato uma política pública de saúde apoiada na perspectiva de gênero, ao lado da Austrália e Irlanda. No entanto, Couto e Gomes (2011) apontam que, apesar de a proposição teórica reconhecer a diversidade de gêneros, as ações institucionais nas práticas ainda reproduzem o caráter da unicidade. Segundo os autores, para atuar consoante a saúde integral dos homens, bem como promover a equidade, deve-se voltar para o que há de particular nas necessidades de saúde dos homens (Couto & Gomes, 2011). Ou seja, compreendendo como os homens representantes de diversas masculinidades se situam diante da masculinidade hegemônica, quando se refere à postura diante do adoecimento ou no cuidado com a saúde.

Neste sentido, aponta-se que não somente a categoria gênero precisa ser considerada, mas também há a necessidade de contemplar o atravessamento de outras categorias interseccionais, tais como a raça, orientação sexual, idade e classe social. A partir disso, podem-se estruturar caminhos possíveis para que o acesso ao cuidado preventivo seja mais efetivo na atenção primária de saúde.

Esse é um cenário no qual as masculinidades são ditadas e construídas em meio a um contexto violento, que os levam, inclusive, a vivenciar uma relação distante com a própria existência, sobretudo no aspecto de cuidado com a saúde. Dados antigos já apontavam inúmeras problemáticas vivenciadas pelos homens mundialmente; Raewyn Connel (2016) foi uma das autoras centrais que sinalizou determinados problemas específicos, tais como:

(...) a morte prematura por acidente, homicídio e suicídio; acidentes ocupacionais, níveis mais altos de abuso de drogas, principalmente álcool e tabaco; (...) a relativa resistência dos homens de procurar assistência médica quando necessária (p.105).

Jablonka (2021), em concordância com a autora, sinaliza que mundialmente os homens se suicidam de três a quatro vezes mais que as mulheres, isso porque eles recorrem a meios mais violentos e “efetivos”, como as armas de fogo ou o enforcamento. O autor sugere que até no contexto da morte, há expressões da masculinidade dominante, atreladas à capacidade de decisão, coragem e racionalidade.

Nota-se que grande parte das questões vinculadas à morte e ao adoecimento dos homens poderiam ser evitadas com um cuidado integrativo ao nível de prevenção, como o que acontece na Atenção Primária em Saúde, feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, considera-se a importância de discussões a respeito de como a temática do adoecimento é atravessada diretamente pelos ‘modos de ser homem’ em nossa sociedade, buscando elucidar as barreiras impostas a eles e que os impedem e os alienam em relação ao próprio cuidado com

a saúde. Partimos da prerrogativa de que parte desta intervenção se vincula à construção de novas masculinidades que assumam características ditas da “feminilidade”, como o cuidado, e expressões de sensibilidade e fragilidade como possibilidades aceitáveis.

1.2 O adoecimento em uma perspectiva decolonial

A noção colonial de exploração da terra, dos rios, das matas, é a mesma que opera na exploração do nosso-território corpo, esgotando-o, cansando-o, exaurindo-o. A vida é um laço de interdependências, e, para que seus fluxos se movimentem de maneira saudável, é necessário que o cuidado seja reparador. Todos os seres merecem bem viver para além de sua utilidade, de sua funcionalidade para os outros.

(Descolonizando Afetos, Geni Núñez)

Ao adentrarmos na teorização dos conceitos de adoecimento e saúde, é preciso considerar que há discursos hegemônicos sobre os modos como o adoecimento e a saúde são posicionados nas vivências. Situar a unilateralidade e dominância desse discurso é necessário para podermos pensar, principalmente, em como os sujeitos subalternos são realocados a uma condição de desprivilegio no cuidado com a saúde. Considera-se aqui a colonialidade enquanto estrutura de poder global que sustenta as hierarquizações nas relações, em diversos níveis da vida pessoal e coletiva, deslegitimando a pluralidade de saberes na produção de ações de cuidado que abarcam as diferentes realidades sociais, territoriais e identitárias (Bezerra, Cavalcanti & Moura, 2023).

Sobre os efeitos da colonialidade na estrutura dos modos de ser e viver, buscamos dialogar com o pensamento decolonial que representa um contraponto, propondo novas formas de visualizar as relações, os cuidados e as subjetividades. De forma geral, pode-se afirmar que

o pensamento decolonial revisita as formas dominantes do pensamento ocidental, na compreensão de diferentes fenômenos que regulamentam a vida, seja nas epistemologias ou ontologias. Segundo Cabral (2023), a decolonialidade permite a promoção de “visibilidade histórica dos corpos invisibilizados pela lógica colonial” (p.15), o que é pauta importante no modo como a promoção de saúde é distribuída em diferentes esferas sociais. Cabe então situarmos, como tais discursos hegemônicos atravessam os modos de se compreender o adoecimento.

Em suas obras, Michel Foucault, por exemplo, já denunciava as relações de poder e dominação presentes na sociedade europeia, nos séculos XVIII e XIX. O autor colabora com as discussões sobre as tecnologias de cuidado com a saúde e a doença, ao situar historicamente o momento em que a medicina assume o protagonismo no cuidado com a vida, no imperativo do “fazer viver”. Na modernidade, houve uma nova proposição sobre o direito da vida e morte, impondo-se a necessidade do se ‘fazer viver’, a partir do controle dos corpos e da ordenação de formas de se situar no mundo, criou-se, então, o ‘biopoder’, tendo a medicina como a regulamentadora de suas tecnologias (Oliveira, 2018). Sobre isso, Foucault discorre:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (Foucault, 1979, p.47).

A disciplina instaurada sobre os corpos passa a não ter mais uma conotação somente individual, mas sim coletiva, voltada à população, enquanto à força de trabalho da sociedade capitalista. A biopolítica passa a ter um domínio nos campos do saber e do poder: “o domínio disciplinar cujo foco é o corpo, e o domínio regulatório, voltado para a população” (Oliveira, 2018, p.42), instaura-se, assim, a medicina social.

A partir desse contexto, a medicina configurada como ciência, voltada ao cuidado da vida, passou a assumir uma posição central na definição do que é doença e saúde, bem como passou a regulamentar os saberes sobre os modos de se cuidar. Foram estabelecidas quatro funções específicas à medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a restauração dos doentes e a reabilitação (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). Tal prerrogativa é vigente até

os tempos atuais, considerando o status vinculado ao suposto saber do médico, e uma hierarquização entre as profissões de cuidado em saúde.

Ao longo da história, os discursos hegemônicos sobre o adoecimento e saúde sempre atenderam aos interesses ideológicos e políticos bem demarcados. Podemos citar alguns exemplos: o desejo de fuga dos escravos já foi considerado uma enfermidade mental (*drapetomania*), sendo o diagnóstico apresentado pelo médico Samuel A. Cartwright, em 1851, e sendo o açoite o tratamento recomendado (Scliar, 2007).

A hanseníase, antes chamada de lepra, uma doença contagiosa, também foi situada de forma errônea. Foi considerada uma enfermidade vinculada ao pecado divino, por sugerir que havia o contato entre os corpos com uma conotação sexual, sendo a condição da doença um castigo, de modo que os leprosos ficavam encarcerados em espaços distantes do convívio social. Como aponta Foucault (1979), “O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão” (p.52).

Por mais que muitas situações já tenham sido superadas, é possível perceber que a hegemonia de discursos coloniais se mantém enraizada na sociedade contemporânea, demarcando novas formas de subjugação e exclusão dos sujeitos, novas formas de “patologizar” a vida e de propor as relações de cuidado, “(...) é possível dizer que cada época prescreve a maneira como devemos exprimir ou esconder, narrar ou silenciar, reconhecer ou criticar modalidades específicas de sofrimento” (Safatle, Junior & Dunker, 2021, p.12). Desta forma, há de se reconhecer que os conceitos de adoecimento e saúde como eixos da nossa existência sempre terão que ser revisitados, elucidando o pano de fundo que compõe tais fenômenos, como a cultura, a política, a religião e a educação atuais.

Uma das teorizações muito difundidas desses dois conceitos foi feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresenta tanto o conceito de saúde quanto o de saúde mental e doença/adoecimento. Segundo a OMS, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Já a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”. Por fim, o adoecimento/doença é compreendido como “conjunto de sinais e sintomas específicos que afetam um ser vivo, alterando seu estado normal de saúde”.

Há tempos que muitos pesquisadores da área da saúde se contrapõem às conceituações apresentadas pela OMS. Em relação à saúde, questiona-se o caráter cristalizado de afirmar que há uma condição de “completo” bem-estar, evidenciando que tal condição se dá de forma

utópica e não condizente com o modo de se viver, isso porque a condição de saúde implica na “resistência ativa a dificuldades inseparavelmente ligadas às condições de estar vivo em um determinado meio” (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013, p.25).

Sobre a definição de saúde mental, considera-se que a definição promove interlocuções entre o indivíduo e as atividades laborativas do cotidiano, como o trabalho. O conceito de saúde mental parece estar atrelado às capacidades de produzir, ter um bom desempenho e resultados que contribuam socialmente. Por mais que se considere o trabalho enquanto uma relação que pode ser potencializadora de saúde, tal definição corrobora com preceitos neoliberais que defendem a generalização de princípios empresariais de performance como um ideal a ser alcançado em todas as esferas da vida. Desta forma, modos de expressão que fossem contrários a essa lógica passam a ser entendidos como forma de patologia (Safatle, Junior & Dunker, 2021).

Já o conceito de adoecimento parece estar mais atrelado a uma visão biomédica, situando mais aspectos fisiológicos/orgânicos que acometem o corpo. Estudos de caso da literatura nacional apontam a necessidade de ampliar as noções sobre o adoecimento, ao considerar o caráter singular/particular em que cada sujeito, dentro de sua realidade pessoal, se apropria do que é se sentir doente ou saudável. Com isso, legitimam-se as condições concretas da existência, dando lugar à compreensão, à escuta de falas plurais sobre os modos de se colocar diante de tais fenômenos.

Na realidade brasileira, temos o Sistema Único de Saúde (SUS) como referência mundial na democratização da saúde, na ampliação de espaços de direito e acesso a serviços de qualidade. No entanto, autores apontam que o SUS continua imerso nas políticas neoliberais, tendo desfalques no comprometimento do caráter de universalidade e equidade. Parte disso se dá devido à má distribuição de investimentos e subsídios necessários para a manutenção da qualidade e acesso aos serviços de saúde. Um exemplo recente do sucateamento do SUS foi o contexto da pandemia da Covid-19, já que houve falta de leitos e de materiais básicos de higiene nos hospitais, a falta de treinamentos específicos aos profissionais, mas, sobretudo, o descaso governamental⁴ com a garantia das vacinas. Algumas questões são mobilizadoras de debate:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é capaz de enfrentar a supremacia da ciência moderna das indústrias farmacêuticas, do complexo médico-industrial, do saber biomédico e desenvolver, a partir das forças de uma pedagogia anticolonizadora, o fortalecimento da

⁴ O governo vigente neste contexto foi o de Jair Messias Bolsonaro, quem proferiu inúmeros discursos contrários à vacinação, propondo medidas interventivas sem embasamento científico, bem como recusou o acesso às vacinas em um dos períodos mais críticos da pandemia de Covid-19.

democracia participativa em meio aos determinantes comerciais da saúde como opostos que coexistem sem se misturar? (Bezerra, Cavalcanti & Moura, 2023, p.2).

Tais questionamentos colocam em debate uma promoção à saúde que possa ser teorizada e expressada a partir de novas referências epistemológicas, como as referências decoloniais — que refletem sobre a realidade social a partir do olhar do colonizado — e as referências pós-coloniais que, ainda que representem a Europa, denunciam a opressão e hierarquização de poder dos discursos coloniais. Maldonado-Torres (2008) sugere que nos coloquemos diante de uma postura de “desobediência epistêmica” buscando investigar e apurar os fenômenos a partir da própria realidade concreta onde eles se inserem e se manifestam, é por essa atitude que são contestados os conceitos modernos e eurocêntricos que estabelecem ‘verdades’ distorcidas, enveredando assim novos caminhos epistêmicos.

Nesse sentido, podemos recorrer aos conhecimentos de comunidades ameríndias, sobre o modo como encaram os fenômenos do adoecimento e da saúde. Ativistas indígenas (Krenak, 2019, 2020; Nuñez, 2023; Takuá, 2018) têm nos mostrado visões alternativas de vida, como uma tarefa descolonizadora. O olhar para a saúde e a doença, aqui, refere-se a um contexto macro, a uma perspectiva política que discute toda a estrutura humanitária e social embasada no capitalismo. O retorno à visão de como os povos originários se apropriam dos processos vitais, pode nos direcionar na proposição de uma nova ética de cuidado com a vida, pautada na valorização dos territórios e natureza, da ancestralidade e de modos de convivência mais solidários e coletivos.

No atual cenário de catástrofes climáticas recorrentes e crescentes índices de marginalizações sociais, consequências diretas da perspectiva desenvolvimentista capitalista, nota-se que a natureza é situada como uma fonte de recursos inesgotável, bem como o acúmulo do capital se dá na manutenção de desigualdades sociais. O Estado governamental, enquanto regulamentador de políticas públicas, que interfere diretamente em várias esferas da vida enquanto sociedade, atende a esses interesses, quando favorece iniciativas do agronegócio, em detrimento da devastação de matas e de territórios indígenas. Segundo Ailton Krenak⁵ (1999), as sociedades indígenas em sua forma de organização contestam diretamente o modelo de Estado, afirmando que não reconhecem tais instituições governamentais “como fundamentais para a nossa saúde, educação e felicidade” (p.30).

⁵ **Ailton Krenak** (1953) - Escritor, ativista ambiental, filósofo, poeta e líder indígena brasileiro. Dentre suas principais obras, se destacam: *Ideias para adiar o fim do mundo* (2019); *A vida não é útil* (2020); e *O amanhã não está à venda* (2020).

Uma alternativa aos modelos ocidentais, foi apresentada pelas comunidades indígenas de países latino-americanos, como a Bolívia, o Equador e o Brasil. A prática do “*Buen Vivir*” no Equador, “*Viver Bien*” na Bolívia, traduzida no Brasil em “Bem viver”, sendo também representada pelo conceito de “Teko Porã” em guarani, apresenta uma outra filosofia e modelo de sociedade mais sustentáveis. Alberto Acosta (2016), autor equatoriano da obra “O bem viver”, aponta que “a natureza não está aqui para nos servir, até porque nós, humanos, também somos natureza e, sendo natureza, quando nos desligamos dela e lhe fazemos mal, estamos fazendo mal a nós mesmos” (p.15). Neste sentido, qualquer desequilíbrio natural, e os efeitos catastróficos, podem ser entendidas como condições de um “Mal viver” (Tekó Vaí). O descuido com todas as fontes de vida, favorece o que podemos entender como um modo de viver adoecido.

Cristine Takuá⁶ (2018) apresenta o “Teko Porã” (Bem-Viver) como um sistema milenar educativo de equilíbrio, em que a natureza situa os sentidos da vida, assim, cada sinal pode representar um significado que direciona para um olhar cuidadoso com o presente: “o canto do pássaro pode indicar algo, os trovões que passam são sinais de que algo está para acontecer, as formigas no meio do caminho, as formas das nuvens, a direção do vento” (p.6). A natureza, como território sagrado, não remete somente ao espaço físico e geográfico, mas sim como condição do viver, dos fazeres cotidianos. Assim, o funcionamento da vida conecta-se com as leis que regem a natureza, a condição de um bem viver, do cuidado com a saúde, não deve ser apartada disso. Diante disso, para as culturas ameríndias “a dominação da natureza e a sua exploração agride o próprio sentido da existência e impossibilita a vida” (Oliveira & Ferreira, 2023, p.305).

O desenvolvimento capitalista, ao situar o ser humano apartado da natureza, moldou uma compreensão de vida predatória, numa ânsia pelo consumo, a apropriação constante se torna um modelo a ser seguido. A degradação dos bens naturais, evidencia também uma condição de distanciamento de quem também somos, produzindo uma lógica de individualismo, de isolamento em nossa existência e nas relações. O individualismo, oferece um modo engessado de se situar no mundo, reforçando a intolerância à pluralidade das formas da vida, de hábitos e modos de se relacionar (KRENAK, 2019).

Sousa, Gonzalez & Guimarães (2020) ao estudarem a promoção de saúde em comunidades Mbya Guarani apontaram que a noção de saúde para eles está implicada no

⁶ **Cristine Takuá (1981)** - Professora indígena, teórica decolonial e uma das lideranças atuantes da Comissão Guarani Yvyrupa. Formada em Filosofia pela UNESP- Marília, ministra aulas de Filosofia, Sociologia, História e Geografia.

reconhecimento do lugar da pessoa no mundo; uma das formas que reafirmam isso, são pelos rituais de batismo das crianças, na escolha do nome fortalecem o lugar de pertencimento no coletivo. Por outro lado, o adoecimento é entendido como esse deslocamento, “parece fazer parte de um processo de não conformação da pessoa a um lugar ou conjunto de experiências” (p.8). A atual lógica da escassez ocidental, coloca as pessoas em uma constante insatisfação do seu lugar no mundo, o presente em seu potencial se torna refém de mudanças miradas para o futuro, o que podemos entender sob a perspectiva indígena como um cenário adoecedor.

Organizações centrais que conceituam e exercem o cuidado voltado à saúde e ao adoecimento, como o SUS e a OMS, se estruturam com base em concepções ocidentais, que divergem com a compreensão de vida que os povos indígenas defendem em sua cultura. Sabe-se que as comunidades indígenas não são resistentes às possibilidades do cuidado de equipes de saúde, que fazem visitas regulares e compartilham de prescrições medicamentosas para a comunidade. Entretanto, pouco se discute a possibilidade de inserir na formação e prática dos profissionais da saúde, uma compreensão do processo saúde-doença, que ultrapasse uma perspectiva biológica, do corpo físico. Uma alternativa, seria pensar a saúde sob o olhar dos povos originários, que deslocam para uma compreensão que envolve a cosmologia, a vivência coletiva e a manutenção da ancestralidade (Sousa, Gonzalez & Guimarães, 2020).

A vivência do “Bem-Viver” (Teko Porã) pode de início parecer utópica, distante de nossa realidade; entretanto, o atual cenário revela a emergência de resgatar novas formas de organização social e práticas políticas. O pensamento decolonial, ao ganhar força e legitimar novos olhares sobre os processos da vida, dá espaço para que lideranças indígenas sejam ouvidas, que os conhecimentos de diferentes povos originários, façam parte de conceituações importantes, de organizações referências no cuidado com a vida. O bem-viver revela que a valorização da ancestralidade, não diz respeito somente a relembrar as narrativas do passado, mas projetá-las para o futuro, reafirmando raízes comunitárias não capitalistas, modos sustentáveis de pensar a relação humanidade e natureza.

1.3 Saúde e doença na abordagem fenomenológica-hermenêutica e a intersecção com as masculinidades

*Cê quer saber? Então, vou te falar
 Por que as pessoas sadias
 adoecem?
 Bem alimentadas, ou não
 Por que perecem?
 Tudo está guardado na mente
 O que você quer nem sempre
 condiz com o que outro sente*
 (Ainda Há Tempo, Criolo, 2006)

Entendendo os atravessamentos entre masculinidades e o cuidado com a saúde, cabe também contextualizar os sentidos de saúde e adoecimento na abordagem fenomenológica-hermenêutica, escolhida como perspectiva que nos auxilia a compreender o fenômeno adoecimento e cuidado em saúde no e para o homem. Ao adentrarmos na compreensão do adoecimento nesta perspectiva, rompemos com pressupostos dualistas que entendem a saúde e a doença como fenômenos excludentes. Entre os pensadores da abordagem, Martin Heidegger, assim como alguns de seus comentadores, se preocupou com a questão da saúde e do adoecimento no âmbito do ser, especialmente do poder-ser.

A saúde é compreendida como as possibilidades que o ser-aí, (o ser humano, entendido como o único ente com a possibilidade de questionar-se) tem para poder ‘ser’, para lançar-se no mundo, no exercício de sua liberdade de ser. Segundo Heidegger (2009), a doença aparece como um fenômeno de privação, em que há a falta de algo, algo que foi suprimido. “A doença não é a simples negação da condição psicossomática. A doença é um fenômeno de privação. Toda privação indica a co-pertinência essencial de algo a quem falta algo, que carece ou necessita algo” (Heidegger, 2009, p.79).

Tal compreensão sobre adoecimento abre um leque considerável sobre vivências tidas como adoecedoras, isso porque o adoecimento passa a ser entendido para além de uma compreensão biomédica, da doença que acomete o físico, do funcionamento orgânico. O adoecimento pode ser entendido como certas restrições vivenciadas em relações, de papéis sociais, de espaços que não podem ser ocupados, de uma corporeidade que não pode ser experienciada em certos aspectos. Sobre os modos de ser homem que não se adéquam à

masculinidade hegemônica, podemos considerar que esses estão mais imersos nessas condições restritivas ou não?

Tal questão nos leva a explorar outros conceitos importantes para esta discussão. Um deles é a condição de ser-no-mundo do ser-aí. Heidegger (2012) contesta a visão de ‘ser’ posta pela ciência moderna, buscando consolidar uma nova ontologia. O marco central da proposta de Heidegger é quebrar com as dicotomias, entendendo que há um caráter de unicidade entre o ser e o mundo. O homem, em sua condição de ser, não se restringe a conteúdos materiais ou à substância, não sendo passível de objetificação, ele é temporal e histórico (Cardinalli, 2015).

Heidegger retira o ser-aí (homem) da condição de objeto, denominando-o como o ente privilegiado, o único que pode interrogar a própria existência, compreender e ampliar o seu sentido de ser, o que não aconteceria com os entes ‘intramundanos’, que apenas “são”, não podendo indagar sobre si e sobre o mundo (Oliveira, 2016). Heidegger apresenta que, na coexistência com o mundo, o ser-aí (o homem) se coloca nas relações com os entes (mundanos, intramundanos e outros seres-aí) de determinados modos: o modo ‘impróprio’ e ‘próprio’, sendo o modo impróprio voltado à ocupação das coisas do mundo e o modo próprio a preocupação com os outros seres-aí e consigo mesmo. É no modo próprio que se localizam as formas de cuidado que são relevantes aqui na compreensão dos fenômenos de saúde e do adoecimento.

O modo da impropriedade diz respeito à familiaridade na qual somos lançados no mundo, uma familiaridade de determinados modos de viver, de se expressar, de se relacionar já definidos. O autor sinaliza a facticidade posta, de um ser-aí que, antes de questionar, de se interpor com o mundo, já tem estabelecida uma compreensão prévia sobre si e os outros entes (Heidegger, 2012). A esse caráter da impessoalidade, “das man” — entendido como “a gente”, pontua-se um modo de ser compartilhado que não tem espaço para reflexão (Oliveira, 2016).

Na impropriedade, os sujeitos se ocupam dos discursos hegemônicos que ditam modos de ser, de saber e de se relacionar com o mundo. No modo de ser impróprio, há a apropriação de valores e regras que traçam um modo de existir que é considerado mais correto e assertivo diante do contexto sócio-histórico situado. Nos ocupamos, então, de uma rotina que delimita os horários, as atividades que precisamos desenvolver e o uso que fazemos de determinados objetos (entes intramundanos).

No caso do modo de “ser homem”, considera-se que os sentidos postos, em termos de comportamentos e características, acompanham a referência hegemônica de masculinidade, podendo também ser apropriada pelo modo da ocupação. Desta forma, podemos pensar que há

certos *scripts* normativos diferentes para o que é ser um “homem” e uma “mulher” (Zanello, 2018) e eles são demarcados previamente nas relações.

Encarar tais aspectos normativos situados no mundo pelo modo da ocupação nos permite nos posicionarmos pelo modo da propriedade, entendido por Heidegger como um modo de cuidado vinculado à liberdade de explorar novas compreensões e possibilidades de se abrir na relação com o mundo. No modo da propriedade, o ser em abertura pode interrogar sua própria existência, debatendo os traços, os afetos e as performances socialmente postos e elucidando em que medida eles direcionam a vivências restritivas e pobres de sentido. É na propriedade que a relação de cuidado aparece e sobretudo se consolida uma forma de viver saudável, em seu nível ontológico.

Entendendo como o ser-aí aparece em seus diferentes modos, impróprio e próprio, e em seu caráter de coexistência com o mundo, podemos nos debruçar sobre os aspectos mais centrais na condição do adoecimento e saúde. Tentaremos abordar aqui aspectos do adoecimento em sua condição ontológica, abordando o impacto da ‘Era da Técnica’⁷ nos modos de se cuidar. Consideraremos também o adoecimento atrelado às tonalidades afetivas e aqueles que se dão ao nível da corporeidade, das condições físicas e biológicas.

Em um primeiro momento, cabe elucidar que saúde e adoecimento são fenômenos que escancaram a relação que os sujeitos têm com as solicitações de sua existência, não sendo então manipuláveis, deduzíveis em sua forma de manifestação. Tais solicitações evidenciam que, ao ser-no-mundo, o homem também é um ser-com-outro, então existir é existir com outros seres-aí, que lhe auxiliam no reconhecimento de si próprio, bem como lhe solicitam certos posicionamentos no mundo, exercendo uma tutela existencial (Macedocouto & Junior, 2017). O excesso de solicitações, ou solicitações que restringem possibilidades de ser, pode conduzir a modos expressivos de adoecimento ou a um distanciamento de uma relação de cuidado.

Estreitando essa discussão para as masculinidades, cabe questionar quais são as solicitações postas aos homens? Entre essas solicitações, há restrições que os homens vivem em seus modos-de-ser? Como elas se expressam? Sabe-se que a familiaridade com o que representa ‘ser-homem’ tem início na infância, em certos espaços sociais, como a escola, a família, principalmente entre os seus pares, de forma que as solicitações vão mudando ao longo da vida.

⁷ **Era da Técnica** – Este termo não é mencionado por Heidegger em suas obras; sendo utilizado em obras de comentaristas, como uma forma de situar o atual contexto, demarcado pela técnica, pelas tecnologias de informação (TIC’s), partindo de uma compreensão heideggeriana, de seu ensaio “A questão da técnica”.

Valeska Zanello (2018) aponta certos dispositivos engendrados nas relações que ditam os modos de ser “homem” e “mulher”. Tais dispositivos podem ser compreendidos como esse aglomerado de solicitações que vão sendo postas e demarcadas. No modo de ser-homem, a autora aponta a prevalência do ‘dispositivo da eficácia’, que se sustenta na virilidade sexual e na virilidade laborativa. Já em relação às mulheres, sinaliza o predomínio do dispositivo amoroso, amparado na maternidade e na concretização de uma relação amorosa, como o casamento.

Considera-se que as solicitações dispostas aos homens estão atreladas a: “(...) ação enérgica, a atividade sexual, a coragem, a resistência física e moral, o controle de si (emoções e corpo), cabendo a eles o âmbito público e o trabalho reconhecido e remunerado” (Zanello, 2018, p.177). No cotidiano, certas afirmações são disparadas ao falar sobre como um homem deve ser e se portar em relação a si mesmo e aos outros. Uma delas é “homem de verdade não chora”, há uma demarcação de que certos modos de se afetar com o mundo precisam ser ocultados, mantendo-se em caráter encoberto no seu existir. Situar tais solicitações contemplando a categoria de gênero, aqui, as masculinidades, articulada com outras, como raça, orientação sexual e classe social, nos permite uma compreensão nos modos como os homens se afinam e se dispõem diante do que lhes é convocado socialmente e nas relações interpessoais.

Ao estudarem sobre os principais fatores de depressão na população masculina, Windmüller e Zanello (2016) apontam, por exemplo, que aspectos como: pertencer às classes sociais mais desfavorecidas, ter baixa escolaridade, estar em condição de desemprego, estar solteiro, separado ou viúvo, consumir substâncias psicoativas ou residir em território rural, parecem favorecer modos expressivos de transtornos depressivos. No caso da faixa etária, as autoras apontam que na velhice há uma alta incidência de depressão vinculada à perda da virilidade laborativa e sexual, assim como a incapacidade funcional atrelada a comorbidades.

Tais fatores confirmam que a depressão, enquanto uma forma expressiva de adoecimento, pode estar atrelada à dificuldade dos homens em corresponderem às solicitações demarcadas. Além de que, também pode estar associada ao caráter restritivo de certas condições, como o acesso à educação, às oportunidades de trabalho e ao território de moradia. Esses fatores apontados podem ter a representação de ‘situações-limite’, de modo que, ora o sujeito pode se abrir a um horizonte de modos de enfrentamento, a partir de novas escolhas, amparadas na responsabilidade de um cuidado; ora o sujeito pode se ver incapaz de lidar com a sua própria liberdade, limitando possibilidades no seu existir, o que pode repercutir em expressões de adoecimento, como a depressão.

Diante de uma ‘situação-limite’, o sujeito pode se afinar consigo e com o mundo pela angústia, sendo ela uma das ‘tonalidades afetivas’ propostas por Heidegger em sua obra *Ser e Tempo* (1927/2012). Nela, o autor demarca que, ao nos situarmos enquanto ser-no-mundo, nos dispomos afetivamente a experienciar o que ele nos desvela de diversas formas e intensidades, podendo ser pela angústia, pelo tédio e temor, entre outras. Sobre a angústia, as suas expressões por vezes são alvo de demarcações diagnósticas, porém, aqui, a tomamos que elas podem ser

(...) apropriadas no sentido de uma relação saudável para consigo mesmo. Uma relação que delimita para si seus próprios contornos diferenciando-se dos demais. A possibilidade de escolher aquilo que nos é mais significativo nos desvinculando do que “devemos” ser em função dos outros. Ou mesmo a possibilidade de nos revermos, de mantermos vivo o próprio movimento que é o existir, de maneira a não nos confundirmos com um objeto (Macedocouto & Junior, 2017, p.22).

Em meio às solicitações, a angústia arranca o sujeito da impropriedade, convocando-o a deparar-se com o seu projeto existencial, com a sua condição de indeterminação, na qual, não podendo ser um ente “objetificado”, tem de fazer escolhas sobre suas possibilidades de ser. Ao se angustiar, experimenta-se um estreitamento de sentidos em relação a si próprio e a tudo que achava ter como certezas.

A angústia rompe, então, com as evidências que tinha sobre si, construídas a partir de uma “entificação”, como a identificação com a profissão, o papel familiar e o status social (Macedocouto & Junior, 2017). A angústia, atrelada à saúde, é uma chamada para uma postura de responsabilidade que convoca o cuidado pela via das escolhas, escolhas que enriqueçam a sua potência de ser livre e em constante construção. A angústia e outras tonalidades afetivas são algumas formas que o ser-aí se sintoniza com os outros e consigo mesmo. A esse caráter de sintonia e disposição, Heidegger apresenta que: “A disposição é um modo existencial básico em que o Dasein (ser-aí) é o seu aí. Ontologicamente, ela não apenas caracteriza o Dasein como também é de grande importância metodológica para a analítica existencial, devido à sua capacidade de abertura” (Heidegger, 2012, p.199).

Na relação de coexistência com o mundo, vivendo em modo impróprio pela ocupação da rotina, as tonalidades afetivas se mantêm em uma sintonia ‘neutra’, desapercibida em seus sentidos, de forma que se escancaram, em determinadas circunstâncias, as situações-limite, como foi sinalizado. É nas situações-limite que as tonalidades afetivas assumem esse caráter de nos puxar da impropriedade, nos desvelando os modos como nos posicionamos no mundo.

As tonalidades afetivas possuem esse caráter revelador ao dar o tom da intensidade do impacto que certas vivências nos acometem. A condição de adoecimento pode ser uma

‘situação-limite’ na qual se revelam certas tonalidades afetivas. No entanto, na atualidade, percebe-se que há uma necessidade de ‘patologizar’ as manifestações de tais modos de sentir e de se afinar com o mundo.

Nota-se a necessidade de o ser humano buscar por referências de modos ‘certos’ de se viver. Assim, a busca por diagnósticos em um contexto de crise talvez represente, em partes, esse anseio de gerenciar e demarcar um modo de se relacionar com a vida, no qual não seja necessário, se deparar com a responsabilidade e a liberdade de encarar-se a si próprio, em seu horizonte de incertezas. O diagnóstico evidencia a busca pela previsibilidade, pela certeza, e pelo controle da vida, se apropriando da saúde como um bem material, e dos sintomas de adoecimento como algo que pode ser manipulado.

Esse horizonte técnico, em conjunto com a expansão das mídias, da medicalização, da produtividade e da ideia de sucesso a qualquer custo, acaba ofuscando as possibilidades de lidar com as imprevisibilidades da vida de uma forma “não-patologizante”. Tais imprevisibilidades, como a morte, o fracasso e a angústia, são constituintes do nosso modo próprio de ser (Dantas et al., 2009).

Temos um cenário no qual apontar as restrições demarcadas no mundo é uma forma de convocar formas de cuidado amparadas numa ética da liberdade. Em contrapartida, nesse mesmo contexto, percebe-se que há o ocultamento da saúde em toda a sua potencialidade de abertura para a vida, ao delimitarmos uma relação de cuidado amparado exclusivamente na solução de sintomas, fazendo com que as experiências fiquem empobrecidas de sentidos.

Como aponta Braga e Farinha, "o homem atual tem desenvolvido uma maneira de viver representando-se com seu pensar lógico-racional e analítico, buscando, antes de qualquer vivência, controlar fenômenos e, do mesmo modo, controlar-se" (2017, p.68). A saúde e o adoecimento, como fenômenos existenciais, passam a ser interpretados nessa lógica do controle. Na Era da Técnica, o homem passa a se considerar como objeto, tentando se opor à doença e promover a saúde numa condição de entrega à técnica, no entanto, não se pode negar que a condição de adoecimento é "(...) pertencente à essência do ser humano e da vida. Ser humano [Menschsein] não significa propriamente, em contrapartida, poder ser apenas saudável, mas também poder ser doente" (Denker, Guimarães & Silva, 2020, p.140). Desta forma, saúde e doença são maneiras de experimentarmos a nossa existência, nossas relações com e no mundo, o que em certa medida envolve uma trama de situações-limite, de perturbações cotidianas.

Heidegger, foi um dos autores centrais que trouxe o levantamento sobre “*A questão da técnica*” em sua obra *Ensaio e Conferências* (1954). O autor buscou pensar sobre a essência da técnica, evidenciando que, “a essência de alguma coisa é aquilo que ela é. Questionar a

técnica significa, portanto, perguntar o que ela é” (p.11). Essa indagação não se reduziu ao caráter técnico enquanto meio e instrumento em uma determinada atividade humana. Heidegger se preocupou com o sentido da técnica como novo princípio de existência, que poderia se tornar cada vez mais ordenada, uniforme e calculável (Rüdiger, 2014).

Em seu discurso intitulado *Serenidade* (1959), Heidegger aponta que os efeitos da técnica são incontornáveis pelos benefícios e vantagens que ela promove, podendo os seres humanos usufruírem disso. Em contrapartida, sinaliza o quanto a dependência dos ‘objetos técnicos’ pode nos limitar a uma condição de escravos. Assim, ele sugere que podemos proceder de outro modo, estabelecendo uma relação na qual ele denomina de “*a serenidade para com as coisas*”. Segundo o autor

Podemos utilizar os objetos técnicos e, no entanto, ao utilizá-los normalmente, permanecer ao mesmo tempo livre deles, de tal modo que os possamos a qualquer momento largar. Podemos utilizar os objetos técnicos tal como eles têm de ser utilizados. Mas podemos, simultaneamente, deixar esses objetos repousar em si mesmos como algo que não interessa àquilo que temos de mais íntimo e de mais próprio. Podemos dizer “sim” à utilização inevitável dos objetos técnicos e podemos ao mesmo tempo dizer “não”, impedindo que nos absorvam e, desse modo, verguem, confundam e, por fim, esgotem a nossa natureza (*Wesen*) (Heidegger, 1959, pp.23-24).

Nota-se que o autor já evidenciava uma preocupação com os efeitos a longo prazo da era em que tudo poderia se reduzir às tecnologias. Discorrer sobre isso tem um papel importante na compreensão dos modos como o adoecimento e a saúde vão se desvelar, considerando que tais fenômenos são interpelados por um horizonte histórico e temporal que não pode ser ofuscado.

Neste discurso, Heidegger (1959) sinaliza que a técnica nos conduz a assumir um pensamento, denominado “calculante”, nos afastando do pensamento “meditativo” de uma ordem reflexiva. O pensamento calculante seria aquele que se limitaria a previsibilidades, ao controle das possibilidades e à práxis laborativa: “(...) o pensamento que calcula nunca para, nunca chega a meditar. (...) não é um pensamento que reflecte (*nachdenkt*) sobre o sentido que reina em tudo o que existe” (Heidegger, 1959, p.13). Já em relação ao pensamento meditativo ou reflexivo, Heidegger (1959) discorre que

O pensamento que medita exige, por vezes, um grande esforço. Requer um treino demorado. Carece de cuidados ainda mais delicados do que qualquer outro verdadeiro ofício. Contudo, tal como lavrador, também tem de saber aguardar que a semente desponte e amadureça. Por outro lado, qualquer pessoa pode seguir o caminho da reflexão à sua maneira e dentro de seus limites. Por quê? Porque o Homem é o ser (*Wesen*) que pensa, ou seja, medita (*sinnende*) (p.14).

O pensamento meditativo é uma das formas de se apropriar da propriedade, de se sintonizar às tonalidades afetivas, como a angústia, se apropriando de um cuidado que não é apressado, de um reconhecimento dos limites próprios diante da facticidade imposta e de sua finitude (a morte). Mas é também um reconhecimento sereno de seu caráter indeterminado de ser que lhe confere um lugar de liberdade diante de um modo de ser mais autêntico.

Na pesquisa aqui proposta, cabe situar se os homens acabam se afiliando mais aos modos da ocupação (impropriedade), daquilo que lhe são solicitados sobre os papéis de ‘ser-homem’, como o afastamento ou ocultamento de expressões significativas de tonalidades afetivas, como o temor e a angústia. Esse ocultamento dificulta que os homens se apropriem de uma responsabilidade de cuidado, via pensamento reflexivo sobre suas existências?

Na teoria heideggeriana, considera-se que as tonalidades afetivas e a compreensão possuem caráter indissociável, se dão enquanto uma totalidade. Assim, o ocultamento de tais tonalidades afetivas afasta um modo compreensivo de se situar em relação à vida. Por meio da fala e do comunicar é que se desvelam os humores em seu nível de compreensão, no entanto, a maioria dos homens ‘desaprende’ precocemente a chorar, a se fragilizar diante de outras pessoas, e a falar sobre como se afetam com as solicitações do mundo.

Os imperativos de nunca desistir, ser forte e corajoso anulam possibilidades de se afeiçoarem com modos de ‘ser-homem’ que sejam mais saudáveis, em que se reconheçam numa postura de autocuidado. No entanto, parece que essa lógica hegemônica de ‘ser homem’ também favorece uma transferência de responsabilidade desse cuidado para as mulheres, que, por sua vez, ocupam esse lugar ao se colocarem num modo de ‘preocupação’ com os homens (filhos, esposo, pai, etc.) nas relações.

Apontar isso nos permite talvez situar as “razões gendradas” (Windmöller & Zanello, 2016) que favorecem que homens solteiros, divorciados ou viúvos sofram mais com depressão; sendo no caso das mulheres uma condição inversa, é o excesso desta solicitação do cuidado que favorece formas expressivas de adoecimento. Na medida que elas se divorciam ou se tornam viúvas, conseguem se colocar numa relação de cuidado mais justa.

Apesar de o ser-aí se constituir numa relação de cuidado (Sorge), em um contexto de adoecimento físico/biológico, o cuidado passa a ser considerado de forma ainda mais acentuada e, por vezes, limitante, na medida em que o sujeito não participa ativamente dessa relação. Tal relação de cuidado pode ser denominada de ‘substitutiva’, e nela, quem cuida acaba restringindo as possibilidades de quem é cuidado, de agir e de participar em certas decisões. No entanto, como apontado, considerando as questões de gênero, também podemos considerar que o lugar

de quem cuida, no caso as mulheres, também pode passar por uma restrição de suas possibilidades de viver.

Tendo isso em vista, nota-se que a relação de cuidado é fundamental na discussão sobre saúde e doença na perspectiva fenomenológica-hermenêutica, considerando que é mediante o conceito de cuidado que entendemos a constituição do ser-aí e de certos limites e potencialidades em intervenções práticas em saúde, nos mais diversos contextos de atuação.

Sobre o sentido do cuidado, primeiro cabe apontar que é impossível pensar o cuidado sem a temporalidade, isso porque “é o que lhe possibilita apreender o ser-no-mundo como totalidade: lançado, decaído e se projetando para o futuro” (Michelazzo, 1999 citado por González; Garanhami; Bortoletto, et al., 2012, p.811). Ou seja, a temporalidade como marcador existencial sinaliza um presente que convoca uma chamada para a ação, mas também evidencia um futuro em aberto, tendo como única certeza a finitude da vida.

Sobre isso, Langaro e Schneider (2020) apontam que o adoecimento afeta diretamente o modo como o sujeito experiencia a sua temporalidade, isso porque a vivência do adoecimento no presente, torna o futuro indefinido, e a “possibilidade de deixar-de-ser, antes negada ou não percebida”, aparece como viável (p.19). Assim, o futuro convoca a necessidade de fazer novas escolhas a partir da nova dinâmica de relações que o sujeito passa a ter com a materialidade, com as outras pessoas e com sua corporeidade diante das restrições do adoecimento. Tal compreensão acaba orientando para outro formato de cuidado, o cuidado libertador, no qual o sujeito em condição de adoecimento, tem clareza dos marcadores que atravessam diretamente a relação de cuidado, como o tempo vivido (temporalidade) e também a finitude (a morte), que sinalizam a responsabilidade que cada ser-aí tem em relação ao cuidado com a própria existência.

2. Masculinidades

2.1 Subvertendo a categoria gênero - Por que só o gênero não basta?

*Um dia
Vivi a ilusão que ser homem bastaria
Que o mundo masculino tudo me daria
Do que eu quisesse ter
Que nada
Minha porção, mulher, que até então se
resguardara
É a porção melhor que trago em mim
agora
É a que me faz viver
(Super-homem, Gilberto Gil, 2015)*

Ao resgatar os conhecimentos sobre Gênero, nos deparamos com vários estudos que discutem a forma com que esse conceito é difundido e quais as implicações disso, tanto na construção das identidades, como na estrutura de muitos órgãos de poder que regulamentam a vida, tais como: o governo, a economia, a educação, a religião e a cultura. Tais estudos se fundamentam nas teorias feministas, principalmente no feminismo negro, e nas teorias pós-coloniais e decoloniais, que juntas buscam contestar o conceito de colonialidade que permeia e intervém em certas categorias existenciais, como gênero, raça, classe social, idade, etnicidade, orientação sexual, entre outras.

Busquemos nos situar sobre tais discussões, considerando que pensar em masculinidades é acessar a interseccionalidade que denuncia o atravessamento dessas diferentes categorias na construção do que é “ser homem”. Para isso, em um primeiro momento, discutiremos gênero a partir de seus aspectos hegemônicos, para depois nos lançarmos numa compreensão de gênero, evidenciando suas limitações quando ele é situado isoladamente. Busca-se interrogar as razões pelas quais ele se tornou a categoria existencial mais difundida para pensar as relações desiguais de poder.

O termo ‘gênero’ fornecido pela gramática é situado como uma forma de classificar fenômenos por meio da descrição de distinções ou agrupamentos de separação entre eles (Scott, 1996). Isso passou a ser empregado na diferenciação entre os sexos, feminino e masculino, de tal modo que as palavras (substantivos, adjetivos e pronomes) passaram também a ser

diferenciadas a partir de uma classe masculina e feminina (Connel, 2015). No campo da linguagem, o masculino passa a ser favorecido por ter se anexado enquanto uma linguagem ‘neutra’, sendo utilizado de forma generalizada, um exemplo disso é o termo “homem” para designar a humanidade.

De modo geral, gênero é empregado usualmente como a diferença cultural entre mulheres e homens, com uma dicotomia instaurada. Parte dessa lógica vincula-se aos códigos e discursos de conduta sobre direitos e deveres do homem e da mulher e seus papéis sociais. Assim, o “gênero interpreta e hipertrofia o sexo” (Jablonka, 2021, p.26) ao estruturar uma ordem a partir de regras prescritas conforme a condição sexuada “feminina” ou “masculina”.

No entanto, dentre as teorias que buscam contestar essa lógica atribuída ao gênero, encontra-se a teoria decolonial de Aníbal Quijano. Ao situar o conceito de “colonialidade do poder”, Quijano evidenciou que este se estrutura na colonialidade do saber e do ser, ditando o modo como os saberes e conhecimentos vão sendo reconhecidos como verídicos e o modo como os seres humanos vão sendo reconhecidos. Tal entendimento nos ajuda a situarmos diante de um “sistema de gênero colonial/moderno” que instrumentaliza modos de subjogação de homens e mulheres (Lugones, 2020). Essa instrumentalização permeia alguns critérios que vão ser a base do entendimento de gênero.

Tanto o dimorfismo biológico e a heterossexualidade quanto o patriarcado são característicos do que chamo o lado iluminado/visível da organização colonial/moderna do gênero. O dimorfismo biológico, a dicotomia homem/mulher, a heterossexualidade e o patriarcado estão inscritos – com letras maiúsculas e hegemonicamente – no próprio significado de gênero (Lugones, 2020, p.56)

Em relação ao dimorfismo biológico, ele se sustenta na concepção biológica de que “homem” e “mulher” se diferenciam por características corporais específicas consideradas masculinas e femininas, dentre elas se situam os órgãos sexuais, “pênis” e “vagina/vulva”, ou ainda a presença de seios nas mulheres e de pelos faciais e torácicos nos homens. Jablonka (2021) acentua que é exclusivamente no âmbito sexual que o dimorfismo biológico diferencia os homens das mulheres; tendo como base o sexo genético determinado durante a fecundação, momento em que a mulher recebe dois cromossomos X, e o homem, um cromossomo X e outro Y. O cromossomo Y nos homens estimula a diferenciação dos testículos que secretam o hormônio da testosterona, formando o pênis e a próstata. Já nas mulheres, alguns canais vão formar o útero e a vagina, e sob o efeito dos estrogênios, o clitóris e lábios vaginais surgem. Assim, no nascimento, o reconhecimento do sexo da criança se dá pelos órgãos genitais

externos. Do ponto de vista biológico, constatam-se poucas diferenças de fato entre os homens e as mulheres, considerando que ambos:

(...) compartilham da mesma organização fisiológica – esqueleto, órgãos, circulação sanguínea, respiração, digestão, excreção, envelhecimento até a morte-, com um cérebro dentro do crânio, duas pernas adaptadas à bipedia, dois braços que se dobram e duas mãos com polegares opositores. Ambos percebem o mundo através dos cinco sentidos. Enquanto seres dotados de razão, eles são capazes de aprender, sentir emoções, formular um julgamento moral; eles têm as mesmas necessidades fisiológicas, afetivas e sociais, bem como a mesma inteligência (Jablonka, 2021, p.25).

Considerar tais características compartilhadas parece recair na obviedade, mas apontá-las nos ajuda a situar o quanto as mulheres e homens possuem muito mais semelhanças do que diferenças. Ademais, vemos o quanto esse entendimento parece ser ocultado por uma lógica dicotômica que os separa como opostos. O dimorfismo biológico acaba por definir o gênero a partir do sexo biológico de uma forma determinante e essencialista. Nota-se a presença de discursos que endossam essa ideia, como os discursos religiosos que enfatizam os corpos femininos e masculinos como ‘obras de Deus’, não podendo ser modificados e tendo um destino pré-determinado (Seffner & Nunes, 2018).

Judith Butler (2020) se posiciona contrária a essas teorias essencialistas que conceituam gênero como produto do sexo biológico. A autora aponta que não faz sentido definir o gênero como um reflexo do sexo, pois a construção de “homens” não se aplica exclusivamente aos corpos masculinos, bem como a definição de “mulheres” não deve se aplicar apenas aos corpos femininos. Segundo a autora, o gênero é “não natural”, de modo que não há uma relação necessária entre o corpo de alguém e o seu gênero (Salih, 2019). Além disso, Butler sinaliza que uma posição essencialista tende a desconsiderar a heteronormatividade na dinâmica e inter-relação entre os gêneros (Butler, 2020; Salih, 2019).

Desamarrar os nós que cruzam o gênero com a corporeidade amparada nos sexos nos permite, inclusive, nos depararmos com a possibilidade de um ‘terceiro gênero’. Que não cristaliza necessariamente a existência de três gêneros, mas favorece a desconstrução da dualidade instaurada pelo dimorfismo biológico. O terceiro gênero amplia as possibilidades de ser, de se situar em relação às identidades e às sexualidades. Podemos situar aqui os sujeitos transgêneros, que não se identificam com as identidades que lhes foram atribuídas através do sexo biológico após o nascimento; também os sujeitos não-binários, que não se identificam em nenhuma das categorias dicotômicas “homem” ou “mulher”, mas se situam entre elas de forma flexível, transitando entre elas.

A heteronormatividade vincula-se a outro critério hegemônico de gênero, a heterossexualidade, situada como a única orientação sexual aceita socialmente, concebida a partir da visão de que os relacionamentos se sustentam a partir da relação entre homens e mulheres, exclusivamente. Nesta lógica, a sexualidade passa a ser vista apenas em seu aspecto reprodutivo, o ato sexual entre um homem e uma mulher, concebido com a penetração vaginal.

Por mais que sejam formas legítimas da sexualidade humana, são possibilidades que se configuram como hegemônicas, ao passo que desqualificam outras práticas sexuais vinculadas ao prazer, além de legitimar a vivência da sexualidade apenas de adolescentes e adultos, desconsiderando as crianças e idosos; não aceitando também a possibilidade de pessoas do mesmo sexo estabelecerem relacionamentos afetivos e sexuais (casais homoafetivos) e, por fim, engessando a noção de família amparada na composição do casal homem e mulher e os filhos, sendo a maternidade e paternidade uma obrigatoriedade a ser cumprida (Furlani, 2013).

Outro aspecto estruturante do gênero é o patriarcado, que instaura um lugar desigual de poder entre os homens e as mulheres, pois ele se define como um “sistema que o masculino encarna tanto o superior quanto o universal, em proveito de uma maioria de homens e de uma minoria de mulheres” (Jablonka, 2021, p.98). A relação de poder patriarcal dos homens sobre as mulheres passa a ser contestada pelas teorias feministas, principalmente no contexto da família nuclear, interrogando o lugar da mulher que se situa exclusivamente no ambiente doméstico como esposa e mãe.

Segundo Scott (1996), foram as produções acadêmicas sobre gênero que conferiram maior legitimidade para os estudos feministas nos anos 80, foi nesse contexto que se deu a primeira onda do feminismo. Os aspectos hegemônicos empregados como gênero passaram a ser contestados inicialmente por feministas norte-americanas que buscavam contestar o caráter patriarcal baseado nas distinções de sexo, principalmente no contexto da família nuclear.

Oyèrónké Oyèwùmí⁸ (2004/2020) questiona tais estudos feministas ocidentais em seus critérios considerados hegemônicos que se enraízam unicamente a partir da crítica à estrutura da família nuclear. A autora sinaliza a importância de transcender os limites da instituição família, por mais que tais estudos assumam o compromisso de subverter a lógica de dominação dos homens sobre as mulheres em suas diferentes formas de opressão reconhecidas na instituição família. Segundo a autora, a família nuclear é ‘generificada’, pois ela sustenta todos

⁸ Oyèrónké Oyèwùmí (1957 -), é cientista social, teórica e feminista nigeriana. A autora propõe uma crítica pós-colonial sobre o predomínio ocidental nas epistemologias africanas. Seus estudos pautados em evidências linguísticas e etnográficas revelaram que no sudoeste da Nigéria, na sociedade Yorubá, não havia uma organização social a partir de hierarquias de gênero, corporais ou sexuais, e sim pela idade cronológica. A autora sinaliza que esta sociedade passa a ter uma divisão dos sujeitos “generificada” a partir da colonização britânica.

os aspectos hegemônicos de gênero, concebidos: a dicotomia entre homem-mulher, a heterossexualidade e o patriarcado:

Cada casa ocupada apenas por uma família, é centrada em uma mulher subordinada, um marido patriarcal e seus filhos. (...) Em uma casa generificada, encabeçada pelo homem e com dois genitores, o homem-chefe é concebido como provedor e a mulher está associada ao doméstico e ao cuidado (Oyěwùmí, 2004/2020, p.88).

Assim, os discursos produzidos pela ordem patriarcal modelam as subjetividades das mulheres favorecendo os homens, sendo atribuídos às mulheres os lugares de “obedientes filhas, boas esposas, mães compulsórias e cúmplices das violências praticadas contra elas” (Akotirene, 2019, p.20). No entanto, entender a categoria gênero amparada apenas em tais aspectos hegemônicos situados limita o entendimento de outras formas de exclusão e violências. Isso porque gênero não pode ser apreendido descontextualizado de outras categorias existenciais, tais como raça e classe. Scott (1996) sinaliza ainda que as teóricas da primeira onda do feminismo deveriam propor “(...) uma análise interna ao próprio sistema de gênero, elas também afirmam a primazia deste sistema na organização social considerada em seu conjunto. As teorias do patriarcado não mostram o que a desigualdade de gênero tem a ver com outras desigualdades” (p.78).

Esse ponto é o cerne das críticas do feminismo negro ao feminismo hegemônico, que denuncia haver uma seletividade das opressões que são legitimadas, ao desconsiderarem, por exemplo, a diferença entre as mulheres negras e brancas e também entre os homens. Numa concepção colonial eurocêntrica de gênero, o homem é representado pelo “homem branco, burguês e heterossexual”, e a mulher pela “mulher branca, burguesa e heterossexual”. Ao homem negro é atribuído o lugar do “negro”, em contrapartida, à mulher negra a condição de um “não-lugar”, uma total invisibilidade de sua existência, por não se enquadrar na categoria de gênero e nem de raça (Lugones, 2020).

Assim, as autoras, representantes do feminismo negro, apontam a urgência de considerar as desigualdades que extrapolam a categoria ‘gênero’. Não se trata de desconsiderar a hierarquia de gênero, mas sim de se afirmar que ela se dá num determinado contexto social, cultural e diante de outros sistemas de hierarquia. Segundo Lugones:

Entender os traços historicamente específicos da organização do gênero em seu sistema moderno/colonial (dimorfismo biológico, a organização patriarcal e heterossexual das relações sociais) é central para entendermos como essa organização acontece de maneira diferente quando acrescida de termos raciais (2020, p.56).

A partir disso, há a proposição de novas formas de investigar as desigualdades entre os sujeitos, como a ‘interseccionalidade’⁹, que assume a função de reconectar tais categorias, de estimular o “pensamento complexo, a criatividade e evitar a produção de novos essencialismos” (Akotirene, 2019, p.28). Por tratar-se de um instrumento investigativo e prático, a interseccionalidade nos ajuda a elucidar a complexidade nos modos de situar as vivências inter cruzadas de hegemonia e subalternidades. Sobre a definição desse conceito, as autoras Collins e Bilge situam:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins & Bilge, 2020, p.16).

Sendo assim, a interseccionalidade evidencia dimensões precisas de desigualdade social, política e econômica a partir da inter-relação dessas várias categorias. No entanto, cabe apurar, segundo Collins e Bilge (2020), que a interseccionalidade não coloca os sujeitos numa condição de “massa homogênea e indiferenciada” (pp.33-34), ela fornece as bases para explicar como essas diferentes categorias posicionam as pessoas de uma forma singular no mundo.

Enquanto ferramenta analítica, a interseccionalidade se articula por meio de seis ideias centrais: a desigualdade social; as relações de poder interseccionais; o contexto social; a relacionalidade; a justiça social e a complexidade. A desigualdade social é compreendida a partir de interações que compõem várias categorias de poder interseccionais que se dão em um determinado contexto social, atualmente, em um contexto capitalista e neoliberal. Já o aspecto da relacionalidade representa a interconexão entre categorias como gênero, classe e raça, para explicar fenômenos complexos que não podem ser situados a partir de um único eixo, como a situação de desigualdade econômica que não pode ser discutida tendo como base somente a classe social. A isso, situa-se o caráter de complexidade no exercício prático da interseccionalidade, porque ela própria se dá de forma multifacetada (Collins & Bilge, 2020).

⁹ O conceito de interseccionalidade surgiu a partir de um documento escrito pela jurista estadunidense Kimberlé Crenshaw, intitulado “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. Neste documento, Crenshaw destacava as intersecções entre raça e gênero, fazendo menção às vivências das mulheres negras estadunidenses; mas também apontava outras possíveis categorias como a classe social, orientação sexual e geração.

A partir da interseccionalidade, podemos situar gênero como relacional, situado em um determinado contexto sócio-histórico e cultural, que envolve uma trama de configurações que se inter cruzam, seja por hierarquizações, exclusões ou outras formas de relação de poder. Diante disso, afirma-se que pensar na construção das masculinidades e feminilidades amparadas apenas nesta categoria não somente é insuficiente, mas também advoga a favor da manutenção de discursos hegemônicos sobre o que é “ser-homem” e o que é “ser-mulher”. Além disso, privilegia determinados sujeitos em detrimento de outros, isenta uma postura de responsabilidade no modo de pensar como os sujeitos marginalizados podem ocupar espaços de poder, de direito de fala e cidadania.

O gênero, ao ser situado isoladamente, mantém a masculinidade hegemônica no topo, conferindo a legitimidade do patriarcado, da heteronormatividade, do racismo e do sexismo, seja nas relações interpessoais e sociais ou em lugares de poder, como na proposição e definição dos direitos humanos, dos conhecimentos científicos, das políticas públicas de saúde e leis governamentais (Jablonka, 2021). Extrapolar os limites do gênero é assumir o compromisso de subverter a lógica dominante colonial.

2.2 A masculinidade hegemônica

*Quando eu estava prá nascer
De vez em quando eu ouvia
Eu ouvia a mãe dizer
Ai meu Deus como eu queria
Que essa cabra fosse home'
Cabra macho prá danar
Ah! Mamãe aqui estou eu
Mamãe aqui estou eu
Sou homem com H
E como sou*

(Homem com H, Ney MatoGrosso, 1981)

A masculinidade hegemônica é entendida como um padrão de práticas dominantes construído nas sociedades ocidentais, que sustenta a dominação dos homens sobre as mulheres (sexismo) e também sobre os homens representantes das masculinidades subalternas, por meio

de desigualdades baseadas em raça, etnicidade, sexualidade, idade, status, dentre outros (Kimmel, 1998).

Para Kimmel, os homens privilegiados da condição hegemônica de masculinidade estão geralmente imersos nestas relações de poder, não conseguindo visualizar ou se defrontar com tais privilégios sustentados nas desigualdades impostas a outros homens e às mulheres. Assim, segundo o autor, “os processos que conferem o privilégio a um grupo e não a outro grupo são frequentemente invisíveis àqueles que são, deste modo, privilegiados” (1998, p.105).

Por sua vez, Connel (2013) aponta que a masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico, visto que, apenas uma minoria de homens consegue de fato se enquadrar neste modo de masculinidade. Mas, conforme a autora, ela continua sendo normativa, pois “[...] incorpora a forma mais honrada de ser um homem, exige que todos os homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens” (Connel, 2013, p.245). Desse modo, mesmo aqueles que se enquadram nas características ditas da masculinidade hegemônica, como a heterossexualidade, não conseguem sustentar outras exigências por muito tempo.

Há de se reconhecer os privilégios sociais que os homens têm ao se enquadrarem em tais características, no entanto, como o padrão da masculinidade hegemônica prevê uma série de comportamentos por parte dos homens, muitas vezes isso se torna insustentável, o que pode resultar em uma carga de sofrimento psíquico. Esses comportamentos são sustentados pelas inúmeras expectativas e cobranças sociais sobre os homens “[...] segundo as quais eles têm de ser sempre corajosos, nunca podem sentir medo, devem ser viris e defender a sua honra a qualquer preço” (Trevisan, 1998, citado por Siqueira & Miranda, 2009, p. 46).

Elisabeth Badinter (1993), em sua obra sobre as masculinidades, situou aspectos dessa hegemonia ao apontar que no discurso cotidiano a masculinidade é situada como um objetivo, um dever a ser cumprido, de modo que, o ‘ser homem’ seria dito mais no imperativo “Seja homem!”, do que no indicativo. A masculinidade passa a assumir um caráter de conquista em todos os aspectos que a compõe, tendo a necessidade de ser mantida, provada constantemente. Sobre isso, Badinter (1993) situa que “O próprio homem e aqueles que o cercam têm tão pouca confiança na sua identidade sexual que lhe exigem provas de sua virilidade. ‘Prove que você é um homem’ é o desafio que o ser masculino enfrenta permanentemente” (p.4).

Kimmel (1998) dialoga com Badinter (1993) ao propor uma cronologia no modo como as masculinidades foram sendo construídas ao longo da história, situando que a masculinidade que emergiu a partir do século XIX, a do ‘*Self-Made Man*’, era perpetuada por esses critérios

de ser validada, demonstrada e provada no mercado. Essa masculinidade se situava no estereótipo do homem que era um empresário urbano, um homem de negócios, distante do seio familiar e envolvido com uma evidência de sucesso amparada principalmente na aquisição de bens materiais. Para se situar então enquanto homem, a masculinidade passa a ter de

(...) ser provada, e assim que ela é provada, ela é novamente questionada e deve ser provada ainda mais uma vez; a busca por uma prova constante, durável, inatingível, torna-se em última instância uma busca tão sem sentido, que ela assume as características, como disse Weber, de um esporte (Kimmel, 1998, p.111).

Assim, o uso exibicionista da força, uma postura “ativa” no que diz respeito à sexualidade, a capacidade e a autoridade para sustentar e liderar uma família economicamente são alguns exemplos do que a masculinidade hegemônica reivindica na vivência concreta dos homens (Connel, 1995). Não há espaço para a manifestação de suas fragilidades, pois, nessa visão dominante, isso destoa do que é ser “homem”.

Diante da necessidade de comprovação constantes, os homens passam a se articular em certos modos de ser, considerados mais bem sucedidos na aquisição e manutenção desta masculinidade hegemônica, seriam eles: o autocontrole dos corpos em seus modos de expressão — o corpo passa a ser um instrumento de força e dominação; o trabalho voltado a atividades que afastassem de tudo que pudesse ter uma representação “feminina”; por último, e talvez a forma mais efetiva de confirmação de sucesso da masculinidade hegemônica, a desvalorização de outras formas de masculinidades, criando por oposição, o subalterno.

De um lado, nota-se como a masculinidade hegemônica atravessa a subjetividade dos homens em suas vivências, ora favorecendo em diversos privilégios e lugares de poder, ora os oprimindo e deslegitimando em seus lugares de fala. Como aponta Ivan Jabonkla (2021), “as masculinidades de dominação prosperam no patriarcado: o mundo é recriado entre os homens” (p.97), entretanto, o “(...) patriarcado não é uma maquinação, mas um maquinário, e nem todos os homens são seus cúmplices (Jabonkla, 2021, p.97). Então, temos de considerar os homens que representam as masculinidades inatingíveis dos critérios hegemônicos, as ditas masculinidades subalternas.

Em contrapartida, busquemos situar as masculinidades de dominação que se situam no topo de lugares de poder, como os governos, os exércitos, e as empresas. Sobre isso, Connel (1995) aponta que as masculinidades são construídas a partir de projetos hegemônicos:

[...] devemos pensar na construção da masculinidade como um projeto (no sentido de Sartre) perseguido ao longo de um período de muitos anos e através de muitas

reviravoltas. Esses projetos envolvem encontros complexos com instituições, tais como escolas e mercados de trabalho; e com forças culturais, como a comunicação de massa, a religião e o feminismo (p.190).

Assim, faz sentido pensarmos que as masculinidades dominantes se fazem presentes também nas perspectivas dos sistemas econômicos, políticos, jurídicos, de governo, entre outras formas de organização social (Siqueira e Miranda, 2009). Isso porque elas se constroem nesses espaços, mas, ao mesmo tempo, regulamentam as estruturas de poder, as decisões e intervenções de tais instituições, tais estruturas se atravessam e se mantêm, por um caráter de codependência.

Isso nos leva à reflexão sobre a autoridade e o lugar de poder atrelados aos homens, condizentes com esse ideal da masculinidade hegemônica. Além disso, nos ajudam a pensar na sutileza por trás do termo “hegemonia”, que pode, sim, significar o poder sustentado pela força e violência, mas que se situa especificamente em formas de opressão pouco reconhecidas, quase imperceptíveis nas relações por serem naturalizadas. Nos deparamos com isso na proposição de leis governamentais que tendem a desfavorecer as classes sociais mais vulneráveis, deslegitimando que ocupem e participem de espaços de poder ou até mesmo que exerçam suas cidadanias.

Ao compreender que há uma codependência entre a masculinidade hegemônica e as instituições de poder, Ivan Jablonka (2021) aponta que devemos pensar também as masculinidades hegemônicas de forma plural, isso porque elas se expressam por meio de modalidades culturais e institucionais muito diferentes, dependendo do meio em que se estruturam. Assim, cabe pensar no padrão hegemônico de masculinidade vinculado às sociedades coloniais, europeias e norte-americanas, bem como elucidar como tal hegemonia se estrutura em sociedades de terceiro mundo. No caso do Brasil, ainda há de se pensar na composição cultural diversificada de inúmeras regiões do país, nas quais os critérios sobre o que é “ser homem” podem ser constituídos de formas singulares. Considera-se que há, na literatura nacional, um déficit de estudos que contemplem tais diferenças regionais na construção das masculinidades.

Sobre os estudos das masculinidades, Kimmel (2011, citado por Zanello, 2018) explicita as duas vertentes mais predominantes: a primeira, pauta-se em seguir teorias feministas que compreendem a masculinidade, contemplando as questões de poder dos homens sobre as mulheres. A segunda vertente, entendida como estudos autônomos, trata da masculinidade como algo fechado em si, exemplo disso seriam os estudos analíticos e junguianos, ou mitopoéticos, que estruturam uma ideia de arquétipo masculino a-histórico.

Percebe-se, então, como discutido anteriormente, que a masculinidade hegemônica se sustenta a partir das teorias que se afiliam a segunda vertente, ao estruturarem uma concepção determinista de gênero e de masculinidade, como as teorias essencialistas que preveem uma masculinidade intrínseca ao sujeito. Tais teorias acabam desconsiderando, por vezes, as relações de poder sustentadas pela cultura, como fora apresentado pelas vertentes feminista e decoloniais. Ao falar sobre as masculinidades, Kimmel (1998) evidencia que devemos entendê-las como sendo “socialmente construídas, e não uma propriedade de algum tipo de essência eterna, nem mítica, tampouco biológica” (p.105) Isso porque elas variam de cultura a cultura, como também num certo período e na vivência de cada homem em suas individualidades.

Nesse sentido, surgem novas discussões contrárias às concepções deterministas (essencialismo) buscando evidenciar um fenômeno chamado de “crise da masculinidade”. Tal movimento reafirma o lugar das masculinidades subalternas, aquelas negadas por não se adequarem aos critérios hegemônicos. Há de se considerar que um estado de “crise” acontece em contextos em que as práticas dominantes são questionadas e, quando isso acontece, geralmente há resistências, numa tentativa de manter os privilégios, que estruturam a relação de poder.

Assim, a luta de movimentos sociais importantes, como o feminista, o da população LGBTQIAPN+[1] e dos negros, foi o primeiro passo para os questionamentos sobre os modelos vigentes de masculinidade (Nascimento, 2018). Tais movimentos apontaram as contradições da masculinidade hegemônica que privilegia, mas oprime por meio de cobranças, e sustenta desigualdades de poder entre os próprios homens. Em cada padrão de privilégios dos homens, há outro que sustenta inúmeras desvantagens:

Em relação à divisão do trabalho entre gênero, por exemplo, os homens recebem a maior parte da renda de economia monetária e ocupam a maioria dos cargos gerenciais. Mas os homens também são a força de trabalho predominante na maioria das profissões de alto risco, sofrem a maioria dos acidentes industriais, pagam a maior parte dos impostos e sofrem a maior pressão social para permanecer empregados. No domínio do poder, os homens controlam coletivamente as instituições de coerção e os meios de violência. Mas os homens também são os principais alvos da violência militar e dos ataques criminosos (...) (Connel, 2016, pp.98-99).

Há, então, uma masculinidade que mata, mas que também morre, uma masculinidade que assume um lugar de poder, mas que também é subserviente a isso. Ou seja, as desvantagens desumanizadoras vivenciadas por determinadas masculinidades garantem as condições de vantagens vivenciadas pela dita masculinidade hegemônica.

Ainda, conforme advoga Connel, “Classe, raça, diferenças nacionais, regionais e geracionais atravessam a categoria ‘homem’, distribuindo os ganhos e custos das relações de gênero de maneira muito desigual entre os homens” (pp.99–100). Contudo, ainda que muitos homens reproduzam o que lhes é ensinado, se encaixem nos critérios da masculinidade hegemônica e se beneficiem na desvalorização e derrota de outras masculinidades, Ivan Jablonka (2021) sinaliza que a derrota acaba sendo para todos os homens, isso porque:

A demonstração de força, a agressividade, a imposição de um papel, a obrigação de sucesso e a cultura da proeza são armadilhas que a sociedade prepara para os homens, e aquele que tem força para resistir se vê julgado por sua masculinidade. No fim das contas, o imperativo de virilidade é um fardo, e o dominante acaba dominado por sua própria dominação. O mandato pesa sobre o menino, o jovem, o soldado, o amante, o pai – todos são vítimas da alienação masculina (p.215).

Temos aqui um cenário no qual as opressões da masculinidade dominante podem ser situadas de formas multifacetadas. Seja envolvendo questões de gênero, ao considerar as diferenças de poder entre homens e mulheres sustentadas pelo patriarcado, seja envolvendo outras categorias existenciais importantes, e por vezes deslegitimadas, como raça, classe social, sexualidade, faixa etária e etnicidade. Aspectos esses que permeiam as desigualdades entre os homens, desfavorecendo os homens representantes das masculinidades subalternas. Diante disso, busquemos agora nos situarmos na discussão sobre as tais masculinidades marginalizadas, considerando tais categorias existenciais.

2.3 Masculinidades subalternas

Quando você fala quebrar o silêncio dos homens, quando você fala do silêncio dos homens brancos, quem silenciou o homem branco? Se o homem negro tem algum silêncio a ser quebrado? Se você for perguntar isso para um homem negro, com certeza.

(Documentário – O silêncio dos homens, 2019).

Ao adentrarmos na teorização do termo masculinidades subalternas, considera-se necessário primeiramente resgatar tais conceitos separadamente, primeiro resgatando o termo “subalterno” na literatura, e posteriormente situando-o em conjunto às masculinidades. Alguns

autores construíram os alicerces do conceito “subalterno” e são referências na literatura, dentre eles estão Antônio Gramsci, e posteriormente Gayatri Chakravorty Spivak seguindo a sua linha de pensamento.

Na teoria de Gramsci, o termo "subalterno" é apresentado em vários momentos associado ao proletário, de modo que em seus estudos o autor demonstra com certa frequência que a classe subalterna foi situada como sinônimo de classe operária. Após controvérsias a respeito dos limites empregados ao termo, o autor propôs a ampliação de seu significado, passando a se referir a grupos que, de modo geral, estão fora da estrutura de representação política dominante. Desse modo, o termo passou a ser empregado na identificação de qualquer pessoa ou grupo representante de categorias consideradas inferiorizadas, seja pela raça, gênero, classe, orientação sexual, etnia ou pela religião (Lino, 2015).

Em sua obra “*Pode o subalterno falar?*”, a autora indiana Gayatri Chakravorty Spivak¹⁰, toma como ponto de partida a teoria de Gramsci para situar de que modo os sujeitos de terceiro mundo são representados no discurso ocidental, principalmente os povos colonizados no sul-asiático. Para Spivak (2010), os sujeitos subalternos não são somente aqueles oprimidos, mas são aqueles sujeitos e grupos sem autonomia, reféns de outro grupo social dominante, que não conseguem ter legitimidade e reconhecimento em suas posições de fala.

A autora discute a subalternidade não a partir de um caráter imutável, mas a compreende em uma trama que envolve relações de poder em que todos podem transitar de uma posição de “colonizador” a uma posição “subalterna”, a depender das esferas sociais presentes em sua história. Há sujeitos que se enquadram em inúmeros aspectos de uma posição subalterna, mas há outros que podem transitar entre estas duas posições, a depender da situação. A esse caráter da subalternidade há de se considerar as interseccionalidades que compõem o lugar histórico e social que os sujeitos ocupam. Pensar as vivências dos sujeitos subalternos é considerar a complexidade de sentidos que as compõem, e a interseccionalidade enquanto uma ferramenta analítica permite-nos desbravar esses nexos de sentidos, conseguindo, inclusive, tornar transparentes os aspectos hegemônicos que circundam e restringem os modos de ser e de se relacionar.

Os sujeitos subalternos, em uma condição desprivilegiada de poder, podem experimentar as desigualdades de formas muito precisas, de modo que o que afeta um determinado sujeito,

¹⁰ **Gayatri Chakravorty Spivak (1942)** – a autora é uma referência nos estudos pós-coloniais, teve uma grande representação política nos direitos das mulheres na Índia, parte de suas reivindicações era que as mulheres ocupassem mais espaços de poder. Seus estudos adentram em uma perspectiva feminista, marxista e pós-colonial.

pode não afetar a outro. Para exemplificar: um homem branco homossexual pode não estar vulnerável à opressão diante de condições racistas como os homens negros, mas pode vivenciar a violência diante da homofobia. As desigualdades não se aplicam igualmente aos sujeitos, daí a importância na proposição de novos conhecimentos não amparados em pressuposições causais simplistas.

A subalternidade situada em intersecção com as masculinidades revela-se na desigualdade estrutural que há entre os homens que se enquadram em características da masculinidade hegemônica e os homens que ficam à margem delas. Aqui se encontram os homens negros, homossexuais, trans, indígenas, com deficiência, idosos, de classe socioeconômica baixa, ou que residem em territórios invisibilizados socialmente, como a zona rural.

Cabe então situarmos brevemente alguns estudos que já foram realizadas sobre essas masculinidades, sendo importante ressaltar que o intuito não é esgotar todas as possibilidades de discussão sobre tais categorias interseccionais vinculadas à masculinidade, mas apresentar alguns aspectos singulares que compõem esses modos de ‘ser-homem’. Isso posto, a divisão textual entre essas várias categorias é para fins didáticos, entende-se aqui que todos os homens experienciam, se constroem na composição destas várias categorias, como apontado anteriormente. Assim, há de se pensar que o homem negro não se reduz ao lugar da raça, nem o homem gay à sua orientação sexual, pois um mesmo homem pode encontrar-se também nas outras categorias existenciais.

Sobre as masculinidades dos homens negros, bell hooks (2022), em sua obra “*A gente é da hora: homens negros e masculinidades*”, assume o compromisso de dialogar com os homens negros, apontando uma proposição do feminismo que abraça suas demandas. Segundo a autora, os “homens negros na cultura do patriarcado supremacista branco capitalista imperialista são temidos, não amados” (p.32), eles são vistos a partir da noção de brutalidade, de violência, como estupradores e assassinos, insensíveis, irracionais e incivilizados. Esses estereótipos foram enraizados na construção identitária dos homens negros, mantendo-os interpelados num sistema de dominação e exclusão. Como aponta hooks:

(...) esse sistema está linchando simbolicamente massas de homens negros, sufocando a vida deles, ao lhes tornar quase impossível o aprendizado de habilidades básicas de leitura e escrita na infância; ao promover o vício como sistema de livre-iniciativa que trabalha para fornecer riqueza inédita para poucos e um consolo breve da dor coletiva para muitos; ao submetê-los ao desemprego generalizado e à contínua atração psicológica a comportamentos masculinos patriarcais que acarretam riscos de morte (2022, p.35).

Temos um cenário de inúmeras restrições na vida e exposições a condições de riscos e violência. No Brasil, há dados que confirmam que a principal causa de morte de homens negros vincula-se à violência. Segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), os homens são as principais vítimas de violência, principalmente aquelas decorrentes de intervenções policiais, representando assim 99,3% dos casos, em comparação às mulheres. Além disso, adolescentes e jovens representam 71,7% das vítimas, bem como prevalece uma diferença marcante na categoria racial, isso porque a taxa de mortalidade de pessoas negras em intervenções policiais é 289% superior à taxa verificada entre pessoas brancas, tendo a proporção de 82,7% das vítimas negras, 17% brancas, 0,2% indígenas e 0,1% amarelos (FBSP, 2024).

Além disso, há dados que consideram também as violências não letais, que para os adolescentes e jovens negros do gênero masculino corroboram no desenvolvimento de formas de adoecimento psíquico como a depressão, bem como favorecem o uso de substâncias químicas, problemas de ensino e aprendizagem e até ideação suicida (IBGE, 2022). Diante de tais dados alarmantes, considera-se a necessidade de apurar os modos expressivos de violência contra masculinidades negras, principalmente na adolescência e juventude.

Em relação à homossexualidade, a vivência dos homens gays ou bissexuais é questionada a partir de discursos homofóbicos que empregam uma visão de que os homens gays e bissexuais possuem uma sexualidade descontrolada, em que todos os homens são possíveis parceiros sexuais, e que eles não possuem critérios de escolha. Tal discurso defende que os relacionamentos afetivos e sexuais entre homens do mesmo sexo ou do mesmo gênero, não são honestos, representam uma anormalidade, inadequação, uma expressão de pecado ou falta de caráter (Oliveira, 2018).

Jablonka (2021) situa que, neste contexto, o homossexual representa uma dupla ameaça, isso porque “além de possuir uma sexualidade “anormal”, ele pode seduzir dentro de seu gênero, fazendo pairar uma ameaça de pânico sobre todos os homens que baseiam sua honra na heterossexualidade” (p.213). Isso evidencia a necessidade de que muitos homens têm em um contexto grupal de fiscalizar o modo como se posicionam diante da orientação sexual, tanto em relação a si próprio, quanto de outros homens, buscando negar quaisquer comportamentos que possam ser interpretados como “viadagem”¹¹.

¹¹ **Viadagem** – Em um contexto heteronormativo, o termo “viado” ou “viadagem” podem ser formas discriminatórias de ridicularizar ou ofender homens gays, definindo comportamentos que tenham representação

Oliveira (2018), em seus estudos sobre as masculinidades de homens negros gays, relata que há uma classificação nas relações homoafetivas e sexuais que define que o homem negro ocupe o lugar de “ativo” (o penetrador) e o homem de pele mais clara, o lugar passivo (penetrado). Tal hierarquização limita expressivamente a afirmação da orientação sexual, dos dois lados, justamente pela restrição de possibilidades. No entanto, no caso dos homens negros, apontam-se os estereótipos sexualizados do homem viril e de grande ‘apetite sexual’, aos quais muitas vezes correspondem de maneira forçada, pois essa é uma das formas que encontram para se sentirem pertencentes e aceitos aos espaços gays.

Já sobre a transexualidade vinculada à masculinidade, estudos sugerem inúmeras terminologias de designação identitária, como “homem trans”, “trans homem”, “homem transgênero”, aqui utilizaremos homem trans considerando que o termo foi definido no primeiro Encontro Nacional de Homens Trans do Brasil, em 2015, para identificar o grupo. Estudos na literatura nacional sobre a vivência dos homens trans sinalizam os inúmeros estereótipos que invisibilizam seus lugares de fala. O primeiro seria que o transgênero ‘verdadeiro’, sendo somente aquele que já tenha passado por um processo cirúrgico ou que manifeste essa vontade (Braz & Souza, 2018). O segundo se trata de uma visão patologizante da transexualidade amparada na norma regulatória e compulsória do corpo vinculado ao sistema sexo-gênero e à heteronormatividade.

A identidade de gênero trans é situada como a experiência individual do gênero que não corresponde ao sexo atribuído ao nascimento, incluindo a apropriação da corporeidade (que pode envolver mudanças na aparência) e outras expressões de gênero. Assim, os homens trans são situados como sujeitos que inicialmente tiveram sua corporeidade definida como “feminina”, mas que ao longo da vida passaram a não se identificar com essa caracterização determinada (Solka & Antoni, 2020).

Solka e Antoni (2020) afirmam ser comum que os homens trans vejam a transexualidade como algo transitório, que pode ser superado por meio: das tecnologias de hormonoterapias, de cirurgias como a mastectomia que faz a retirada das mamas ou da histerectomia do útero e dos ovários, ou ainda pelo reconhecimento judicial do nome social. Deste modo, ao conquistarem tais condições mencionadas, os homens trans tendem a se desvincular da categoria “trans”, o que de certa forma expressa a necessidade de se enquadrarem aos padrões sociais hegemônicos do que é ‘ser-homem’.

do que julgam como “homossexualidade”. Entretanto, ‘viado’ também pode ser uma forma familiar, identitária e amistosa usada pelos homens *gays*, entre si e com outras pessoas. (Silva, 2015; Mendes & Ribeiro, 2021).

No entanto, cabe pontuar que a garantia de direitos das hormonoterapias, cirurgias e reconhecimento do nome social se dão em meio a um contexto de patologização e de não reconhecimento de suas identidades. Assim, para passarem por esses processos de transição, precisam ter a prescrição de certos diagnósticos, como o transtorno de “incongruência de gênero” conforme o CID11 (Classificação Internacional de Doenças). Movimentos sociais trans e travesti têm contestado essa lógica, enfatizando a urgência de despatologizar as identidades trans, pois contestar o viés patológico envolve desestruturar todo o aparato sobre normal e patológico definido pela ciência moderna.

Estudos exploratórios apontam que a falta de suporte e segregação no contexto familiar tendem a ser um dos maiores agravantes para o sofrimento psíquico de pessoas trans. Junto a isso, o constrangimento em espaços públicos, como colégio, faculdade e hospitais, pode acarretar o distanciamento social. Segundo a pesquisa de Bezerra et al. (2018)

Dentre os espaços frequentados pelo indivíduo transexual, a própria casa é o ambiente de maior desrespeito, de acordo com 80,7% dos participantes da pesquisa, sendo que 59,4% têm a escola ou faculdade como segundo lugar mais cruel. Além disso, 50,2% deles relataram maus-tratos em unidades de saúde o que implica na fuga pela procura de atendimento especializado (pp.437-438).

Tais dados apontam o quanto esses espaços podem violar a integridade de pessoas trans, contribuindo para altos índices de evasão escolar, desemprego e resistência na procura pelos serviços de saúde. Os autores apontam que o sentimento de impotência entre a “imagem real” e a “imagem psíquica” que possuem sobre suas identidades pode favorecer crises de ideação suicida, e em casos mais incomuns, a autoesmaculação (Bezerra et al., 2018).

Ainda, há de se considerar que o Brasil é considerado o país que mais mata a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros). Dentre os lugares de ocorrência dos crimes, as vias públicas e as residências das vítimas são os mais comuns. As armas brancas são apontadas como as mais usadas na violência contra homossexuais masculinos e as armas de fogo contra transgêneros, sendo comum também a asfixia e espancamentos. A maioria das vítimas encontra-se na faixa etária entre 20 e 49 anos, sendo a maior parte branca ou parda (Mendes & Silva, 2020).

Outra categoria interseccional que vem sendo explorada em conjunto com as masculinidades é a da deficiência, seja ela adquirida ou de nascença. Tal comprometimento de se apurar na vivência dos sujeitos com deficiência também partiu de estudos feministas. Grande parte de estudos sobre gênero e deficiência aponta aspectos da sexualidade, sinalizando que as pessoas com deficiência tendem a sofrer com um estigma de “assexuais”, um lugar por vezes

infantilizado e reforçado pela família. Deste modo, há a negação da sexualidade e do prazer da pessoa com deficiência.

Há evidências que no âmbito da saúde sexual e reprodutiva parece haver semelhanças entre os movimentos sociais de pessoas com deficiência e de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros no aspecto das interdições da sexualidade, no direito à sexualidade e de terem relacionamentos amorosos e constituírem família (Mello e Nuernberg, 2012). Segundo Mello e Nuernberg (2012), a deficiência pode ser situada como uma experiência marcada por processos de gênero, considerando que

(...) feminilidade e deficiência reforçam-se mutuamente, enquanto que deficiência e masculinidade contradizem-se entre si, justamente pelos estereótipos associados a essas formas hegemônicas de identidades, a partir do binômio atividade/passividade. Aliás, a própria forma hegemônica de masculinidade é geradora de deficiência, uma vez que remete os homens a atitudes de risco e violências que resultam muitas vezes na aquisição de alguma deficiência, dado importante para as emergentes propostas de saúde do homem nas políticas públicas na área de saúde (Mello & Nuernberg, 2012, p.641).

A exposição aos riscos como forma legitimada de exercício da masculinidade hegemônica pode conduzi-los a acidentes graves, como os acidentes com meios de transporte, uma das principais causas de morte da população masculina. Mas parte das consequências pode ser a deficiência física adquirida. É preciso considerar que, após o acidente, pessoas com deficiência física adquirida têm suas rotinas profissionais e pessoais abruptamente interrompidas e reestruturadas.

No caso dos homens, a condição da deficiência pode ser encarada como ‘perda da masculinidade’, principalmente no aspecto da virilidade, quando são questionados sobre as relações sexuais, a ereção e a satisfação sexual. A sexualidade heteronormativa é um dos critérios centrais no exercício da masculinidade. Se esse lugar passa a ser questionado e inviabilizado por estigmas, os homens com deficiência podem se sentir constrangidos e violados em sua integridade.

Por fim, há as intersecções que se dão em relação ao território, que por vezes são negligenciados, como dos homens indígenas e dos homens camponeses. A distância territorial dos centros urbanos prejudica o acesso a certos espaços, como os centros de saúde, e faz com que haja estereótipos sobre os homens que se situam em tais territorialidades. Em relação aos homens indígenas, há uma compreensão voltada à ideia de “selvageria”, e no imaginário popular esses homens se conectam apenas a atividades da natureza, da terra.

Já em relação aos homens do campo, uma concepção de serem “chucros”, grosseiros, rudes, sem repertórios de habilidades sociais, voltados apenas ao trabalho braçal. Tais estereótipos sustentam demarcações que desfavorecem que esses homens ocupem outros espaços voltados à escolaridade, à formação profissional, e impedem que ocupem espaços de poder como cargos governamentais.

A intersecção entre as masculinidades hegemônicas e subalternas evidencia as inúmeras problemáticas vinculadas ao “ser-homem” na contemporaneidade, uma trama de privilégios e desvantagens se situa nesse locus social. Como já apontado, os homens morrem, matam e matam-se entre si. Os dados apontados sobre os índices de homicídios no Brasil confirmam tal pressuposição, de que a interseccionalidade entre as masculinidades plurais se dá numa construção de hierarquias que fomentam a rivalidade, o ódio e a negação da diferença, de outros modos de se construir “homem”.

A presente pesquisa busca resgatar os modos como os homens experienciam as condições de adoecimento e saúde, mas podemos também questionar: A própria construção do que é ser-homem por si só já não é adoecida? Como já apontado, as masculinidades são circunscritas a limites restritivos, em contextos que legitimam violência e agressividade como meios de se posicionar no mundo, de modo a ofuscar iniciativas vinculadas ao cuidado, como a expressão das emoções e aceitação de vulnerabilidade. Diante disso, será que os homens não se constroem em meio a possibilidades que por si só são adoecedoras?

3. Metodologia

3.1 É possível uma leitura fenomenológica-hermenêutica e decolonial?

O método escolhido para a presente pesquisa foi a Fenomenologia-hermenêutica de Martin Heidegger, articulando-a com o pensamento decolonial, como uma forma de ampliar as perspectivas no modo de compreender os fenômenos aqui em questão, a saúde e doença nas vivências dos homens. No decorrer do processo da pesquisa, com as leituras sobre a temática estudada, bem como da própria conceituação teórica de Heidegger, percebeu-se a necessidade de abarcar novos elementos importantes para a discussão, que de certo modo não foram situados na ontologia heideggeriana. Como os leitores puderam perceber, até aqui nos debruçamos na discussão sobre saúde e adoecimento e de gênero, estreitando para o campo das masculinidades, hegemônica e subalternas.

Na fundamentação teórica sobre o caráter da existência (ser-no-mundo), sobre a saúde e o adoecimento, a teoria heideggeriana nos dá subsídios que enriquecem nossa compreensão

sobre tais temáticas. No entanto, a partir do pensamento decolonial, podemos fazer uma leitura heideggeriana compatível com a nossa realidade concreta. Há estudos recentes na Psicologia Fenomenológico-existencial que reforçam a importância do diálogo com a decolonialidade como uma forma de ampliar e revisar as bases epistemológicas europeias, dentre elas a teoria heideggeriana (Santos, 2017; Cabral, 2023). Trata-se então de traçar um caminho a partir de Heidegger, mas que também permita ir além dele.

Assim, a proposição deste diálogo entre a teoria heideggeriana e o pensamento decolonial não se dá por um movimento harmônico e pacífico, de concordâncias, mas envolve tensionamentos que apresentam limites de certos conceitos e práticas. Entretanto, cabe ressaltar que o diálogo aqui não se propõe a definir qual delas carrega o status de uma “verdade”, de modo a determinar uma como superior em detrimento de outra, pois tal movimento não abarcaria o movimento histórico em que tais teorias foram e vêm sendo propostas.

Heidegger já havia apontado a importância deste debate, reafirmando que, em cima de suas teses, cada um pudesse fazer novas questões, contradizendo-o ou prolongando a sua teoria para outras direções. Tal perspectiva permite-nos uma apropriação criativa do pensamento fenomenológico-hermenêutico por meio de um diálogo aberto, crítico e, sobretudo, situado em nossa realidade histórica atual (Rüdiger, 2014). Isso nos permite ir além da descrição sistemática de conceitos já postos, buscando articular novos modos de compreensão.

Assim sendo, dentre os teóricos decoloniais que assumiram esse compromisso, podemos situar o filósofo porto-riquenho Nelson Maldonado-Torres, o sociólogo argentino Enrique Dussel, o sociólogo peruano Anibal Quijano e o semiótico argentino Walter D. Magnolo. Todos esses autores apontaram a colonialidade como uma estrutura que atravessa a existência em várias esferas, sendo hierarquizadora e produtora de invisibilidades. Alguns desses autores buscaram propor novos caminhos para a teoria de Heidegger, apontando que o autor não considerou a colonialidade na estrutura de sua ontologia. Nesse sentido, cabe aqui situar os pontos centrais que foram debatidos e de que forma tais discussões são mobilizadoras para o enfoque desta pesquisa.

O primeiro deles seria sobre o caráter de não ser-aí, evidenciando vivências invisibilizadas, o lugar do não-lugar. Já o segundo ponto que nos interessa para o debate é a condição do ser-para-morte. No pensamento decolonial, aponta-se para um olhar desta condição que remete a contextos de violência, de vidas que por si só são amortecidas de possibilidades de abertura no mundo.

Embora Heidegger tenha sido alvo de críticas, há autores que sustentam que a crítica à metafísica do mundo ocidental lançada pelo autor teria um “tom político” (Ferreira, 2022, p.30).

Isso porque Heidegger, ao propor as bases de sua fenomenologia-hermenêutica, se contrapôs às teorias hegemônicas daquele contexto, contestando de modo geral o pensamento metafísico ocidental e os binarismos que atuavam como dispositivos de naturalização de um lugar objetificado do “ser”.

Nota-se que em suas obras o autor se debruçou exclusivamente na busca da compreensão do ser, do ser-aí (Dasein), pois sua preocupação central era o desenvolvimento de uma nova ontologia, uma ontologia anti-metafísica. Desse modo, o pensamento de Heidegger foi uma tentativa de “desobjetificação da existência humana” (Feijoo, 2011, p.34) ao defender que o ser-aí seria o único ente capaz de interrogar o seu ser, e que tal sentido seria encontrado partindo dele próprio.

O fundamento estrutural ontológico do ser-aí se constituiria como ser-no-mundo, sendo temporal e histórico. Assim, o ser-aí não poderia se reduzir à matéria ou substância, suas características não seriam propriedades definidas, mas sim, modos nos quais é possível ‘ser’ em sua existência. O ser humano (ser-aí) passa a ser compreendido em ação, sendo lançado no mundo, tendo de se relacionar com os entes intramundanos, com outros seres-aí e consigo mesmo (Casanova, 2009).

Entretanto, por mais que Heidegger tenha se contraposto às teorias vigentes da época, Walter D. Mignolo (2003) evidencia que o seu projeto filosófico teria sido uma resposta à crise social sentida, principalmente na Alemanha, num contexto de guerras. Nesse sentido, as obras de Heidegger, principalmente *Ser e Tempo* (1927), representaram um esforço de repensar a filosofia ocidental, mas partindo de seu lugar de origem, o que também incluía a sua classe social, grupo étnico, sua posição de filósofo na Alemanha; o projeto de ser de Heidegger estaria articulado à classe média alemã. Nas palavras de Mignolo (2003), “O dasein (“estar ali”) de Heidegger, por exemplo, não era um termo técnico, mas um lugar-comum do alemão popular” (p.223).

As implicações disso referem-se ao ponto de que sua teoria contesta em partes o pensamento ocidental, mas sendo parte dele, não dá conta de assinalar a colonialidade em sua ontologia. Como aponta Cabral (2023), ao demarcar a colonialidade, considera-se a “exclusão ontológica”, colocando em questão não mais a diferença entre o ser-aí e os demais entes, mas sim, entre o ser-aí e o ‘não-ser-aí’. Para o autor, “o não-ser-aí, em verdade, é um “ente invisível” (p.65). Aqui, a invisibilidade se refere ao apagamento da humanidade, são seres que aparecem, mas não são vistos, se situam em um “não-lugar”.

Autores que partem da decolonialidade apontam, então, a necessidade de encarar os mundos históricos que instituem e condicionam os “não-lugares”, os quais são lugares de vidas que “não podem ser”; as existências e corpos que não têm lugar, sendo desontologizados. Como aponta Cabral (2023), “O não-lugar aqui em questão assinala, em verdade, um paradoxo. Trata-se do lugar de quem não tem lugar” (p.11). Ainda que Heidegger tenha situado a condição humana como mundana e histórica, ele não considerou os mecanismos de violência como condições de concretude de mundos.

Em seu ensaio intitulado *A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento: modernidade, império e colonialidade* (2008), Maldonado-Torres aponta que “Heidegger não pensava especificamente na ética quando considerou modos de ser alternativos que desafiavam os parâmetros da modernidade” (p.74). O autor porto-riquenho confirma o papel que Heidegger teve em uma virada ontológica, mas evidencia que sua ontologia não estava voltada às questões éticas, isso porque o autor não visualizava as condições de injustiças fundadas pela colonialidade. Diante de situações de injustiças, há de se considerar o exercício de uma tarefa ético-ontológica de “fazer aparecer/ser vidas ontologicamente diminuídas ou subtraídas pela injustiça” (Cabral, 2021, p. 160). O pensamento decolonial exerce tal tarefa, logo, nos parece viável uma leitura decolonial de Heidegger.

A teoria heideggeriana nos enriquece com a compreensão do ser humano amparada em estruturas ontológicas, por ele denominadas existenciais, que seriam a temporalidade, a espacialidade, a corporeidade, o ser-com-outra e a finitude (ser-para-morte). Mas, ao considerar as vivências que assumem ‘não-lugares’, como tais existenciais são manifestos? O ser-para-morte foi um dos existenciais discutidos numa perspectiva decolonial.

Na fenomenologia de Heidegger, a morte aparece como possibilidade à existência humana, isso porque, ao nascer, o ser-aí já está em contato com a contingência da morte. O contato com a finitude, em meio a uma disposição de angústia, pode permitir ao ser-aí um modo de apropriação de si, no exercício do cuidado com a própria existência. Olhar para a morte é encarar a temporalidade futura, mas, ao mesmo tempo, resgatar os sentidos das vivências no presente. Para Heidegger, o evento da morte revela o caráter próprio do ser-aí enquanto cuidado, isso porque, no horizonte finito de ser, articula-se a necessidade de pensar o seu modo de existir. Assim, “o anúncio da finitude é um dos modos possíveis de estruturação da existência singular” (Feijoo, 2011, p.41).

O modo como Heidegger situa o ser-para-morte não é errôneo, entretanto, na vivência do não-ser-aí, a morte é encarada, sobretudo, como “ameaça e exposição violenta à aniquilação e não à singularização” (Cabral, 2023, p.64). A sua finitude é encarada como uma possível

realidade diariamente. Assim, a lógica colonial é compatível com uma noção de ‘morte’, voltada tanto à eliminação violenta da vida, quanto ao impedimento de que tais existências tenham dignidade. O exercício da colonialidade se estrutura no ódio pelas existências de não-lugar, assim o poder exercido contribui para a criação de “mundos de morte”, nas quais muitas populações subalternas são submetidas a “condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’” (Cabral, 2023, p.39).

Tal debate articula-se com os dados apontados em relação às masculinidades subalternas, de vidas massacradas violentamente, como de jovens negros periféricos e de homens gays e transgêneros. Mas há de se considerar de que maneira isso também permeia a própria relação de cuidado com a saúde e adoecimento: ‘vidas amortecidas’ socialmente têm condições de apreender um sentido “saudável” de exercícios de suas existências? Tais vidas estão submetidas a contextos que mais contribuem para o adoecimento?

Ao contestar a visão de ‘ser’ enquanto substância ou matéria, Heidegger passa a situá-lo enquanto verbo, o ser-aí, um ente que pode acessar multiplicidades de sentidos de ser em abertura total com o mundo. Partilhamos desta compreensão de ser humano, entendendo-a como legítima; mas ao situar a decolonialidade nos deparamos com um projeto de ser que não se estende a todas as existências. A articulação entre a fenomenologia heideggeriana e o pensamento decolonial nos parece promissora, no compromisso ético de apontar tais limites, bem como em dar visibilidade às vidas que são injustiçadas.

3.2 O método fenomenológico-hermenêutico

Ao situar o método fenomenológico-hermenêutico como direcionador da pesquisa, precisamos, num primeiro momento, introduzir as bases da fenomenologia. Há de se considerar que existem inúmeras ‘fenomenologias’, para além da fenomenologia-hermenêutica de Heidegger. A fenomenologia, de modo geral, refere-se a um modelo filosófico iniciado por Edmund Husserl, sob a influência de Franz Brentano, e que depois foi sendo apropriado por outros autores, como Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty.

Por mais que tais autores tenham se apropriado de formas diversificadas da teoria, há uma estrutura da fenomenologia que é incontestável, a de que ela aparece como um “campo de confrontação” (Castro, 2021, p.59), em relação às teorias embasadas no naturalismo, no positivismo e no realismo objetivista, negando qualquer abordagem reducionista do ser humano. De modo geral, a fenomenologia é situada como o campo de estudos dos fenômenos.

Mas do que se trata o “fenômeno”? Fenômeno significa “aquilo que se mostra; não somente aquilo que aparece ou parece” (Bello, 2006, p.17).

O que se mostra para a fenomenologia não está ligado somente ao mundo físico, como os objetos que nos cercam e dos quais fazemos uso; o que se mostra também envolve o contato com uma rede de significados de uma ordem abstrata, como situações já vivenciadas nas relações cotidianas. Deste modo, a tarefa da fenomenologia parte daquilo que se mostra, buscando, compreender os seus sentidos (Bello, 2006). A compreensão acontece tendo como ponto de partida o ‘estranhamento’, a afetação diante daquilo que aparece, um olhar sem conclusões precipitadas, mas amparado mais nas interrogações.

Assim, o exercício da fenomenologia se dá por meio de uma “atitude fenomenológica” que parte do entendimento de que os fenômenos só podem ser vistos na própria existência de quem os vive em sua singularidade. Deste modo, a “atitude fenomenológica” é a base do método fenomenológico em pesquisas exploratórias que lidam diretamente com relatos e vivências de outras pessoas. Adotar a ‘atitude fenomenológica’ é ir ao encontro do fenômeno tal como ele se mostra, não tendo previamente definida uma ‘verdade’, uma conclusão prévia daquilo que poderá ser apreendido.

Trata-se, então, de acompanhar a experiência do fenômeno que se pretende investigar, suspendendo os valores e conhecimentos prévios a seu respeito, permitindo que ele se revele, mostrando o que ele tem a dizer (Feijoo, 2018). Na fenomenologia, segundo Heidegger (2012, p.74), parte-se da premissa de “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”, como um modo de enxergar o fenômeno a partir dele mesmo. No entanto, tendemos a tomá-lo a partir da nossa própria experiência, e por conta dessa dificuldade, o fenômeno pode ficar velado em seus significados. Sobre isso, Heidegger (2012) aponta que “A fenomenologia é necessária justamente porque, numa primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não estão dados. O conceito oposto de “fenômeno” é o conceito de encobrimento” (p.75-76).

A atitude fenomenológica diz desse esforço, de que o pesquisador não tome a frente, não passe por cima ou tenha uma atitude apressada em chegar a conclusões sobre o fenômeno. Nesse sentido, a atitude fenomenológica frente aos fenômenos, que foram explorados nesta pesquisa, foi demarcada a partir da postura da pesquisadora em suspender conceituações prévias sobre o assunto. Assim, deu-se espaço para os sentidos serem revelados ali no momento, a partir da fala e vivência de cada entrevistado sobre como se apropriam do que é “adoecer” ou estar “saudável”, o que compõe a experiência desses dois modos de existir.

Heidegger parte do método fenomenológico husserliano, porém, lança uma nova interpretação a partir da hermenêutica, abandonando a noção de consciência, enfoque da fenomenologia de Husserl. A hermenêutica, enquanto dimensão de investigação da fenomenologia heideggeriana, diz respeito a um modo de enxergar a experiência singular (o fenômeno), compreendendo-a em uma totalidade. A totalidade diz respeito a um contexto de referência delimitado pelo meio histórico-social em que se vive e pela relação com o mundo, diretamente construída em atravessamentos que incluem os existenciais, tais como o tempo e o espaço (Cardinalli, 2015). A circularidade hermenêutica, como definida pelo autor, representa o “fato de o ser-aí já sempre compreender ser a partir de um campo semântico sedimentado historicamente a partir de decisões presentes na tradição” (Feijoo, 2011, p.40).

Assim, a investigação hermenêutica diz respeito a um olhar apurado sobre como o contexto atual discute e se apropria do fenômeno a ser investigado. Isso nos permite nos aproximarmos do fenômeno distintamente da perspectiva moderna, considerando o caráter flexível, indefinido sobre como cada fenômeno pode ser apreendido ao longo de um determinado tempo histórico.

3.3 Procedimentos éticos e participantes

Esta é uma pesquisa de caráter qualitativo e de natureza exploratória que buscou compreender o fenômeno do adoecimento em homens e sua relação com as masculinidades hegemônica e subalternas. A pesquisa foi realizada em quatro etapas principais. Na primeira, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca da literatura sobre masculinidades, adoecimento e saúde, fazendo uma intersecção com a abordagem fenomenológico-hermenêutica e também com estudos decoloniais. Na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas, voltadas ao público masculino de Maringá, acima de 18 anos. Já na terceira etapa, foram realizadas a transcrição das entrevistas e, por fim, na quarta etapa, a análise das mesmas a partir da fenomenologia-hermenêutica em diálogo com o pensamento decolonial.

Foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas com homens na faixa etária de 18 a 75 anos, residentes do município de Maringá-PR, dentre eles cinco com participantes adultos de 18 a 59 anos, e três com participantes idosos de 60 a 75 anos. A faixa etária foi um critério de inclusão para participar da pesquisa, assim como estar em condições físicas e mentais para serem entrevistados. Outro critério importante foi a busca por participantes com diferentes perfis. Para além da idade, também foram considerados outros aspectos, como a classe social, questões étnico-raciais e orientação sexual.

O recrutamento de participantes foi feito por meio do procedimento denominado snowball (bola de neve), o qual é uma técnica de amostragem não probabilística que se utiliza de uma rede de contatos para alcançar os participantes que se adéquem aos critérios da pesquisa. Assim, por meio de indicações sucessivas de conhecidos ou de instituições vinculadas ao público-alvo, os possíveis participantes foram convidados a colaborar com a pesquisa.

No contato inicial com os possíveis colaboradores da pesquisa, foi apresentado que se tratava de um estudo exploratório sobre como os homens vivenciam o adoecimento e a saúde, especificando que a identidade dos participantes seria mantida em sigilo a fim de resguardar suas informações pessoais. O primeiro contato com os participantes foi realizado no mês de dezembro de 2023, data em que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, contudo, as entrevistas não se iniciaram imediatamente, pois o parecer ainda não havia sido liberado. Essa foi uma das dificuldades do processo, considerando que muitos participantes não poderiam fazer as entrevistas no final e início de ano, e a Universidade também estaria com as atividades letivas encerradas. O parecer foi aprovado no dia 13 de janeiro, desta forma os contatos com os possíveis participantes foram retomados.

As entrevistas foram realizadas a partir de janeiro e contemplaram um conjunto de questões respondidas verbalmente pelo pesquisado sem auxílio da pesquisadora. Segundo Gil (2002), esse tipo de técnica de interrogação possibilita a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados. Além disso, são muito úteis para a obtenção de informações de cunho mais subjetivo, como o que o participante “sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes” (Selltiz, 1967, p.273 citado por Gil, 2002, p.115).

Antes da realização da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) foi apresentado a fim de evidenciar detalhes como o direito de poder relatar quaisquer desconfortos ao longo do processo e a possibilidade de desistência do participante caso não se sentisse mais a vontade em participar. A aceitação da participação da pesquisa se deu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As questões da entrevista, de modo geral, tiveram como objetivo explorar os sentidos que homens atribuem ao adoecimento e à saúde, buscando resgatar o modo como se relacionam e percebem esses dois fenômenos. As questões foram tanto fechadas, quanto abertas. Em relação às fechadas, os participantes tiveram de responder às questões previamente delimitadas pela pesquisadora (Apêndice II). No entanto, no decorrer da entrevista, houve espaço para questões abertas, que foram surgindo a partir do diálogo, o que

permitiu aos participantes manifestarem outros conteúdos sobre suas vivências.

Na terceira etapa, os relatos foram estudados, buscando identificar possíveis concordâncias e divergências entre eles. Isso foi feito mediante a disposição dos conteúdos em unidades de sentido reveladoras do fenômeno que se buscou aqui compreender. Nessas unidades, procuramos pelos significados presentes na descrição que os participantes fizeram de sua experiência, buscando por momento diferenciados em suas falas, mas que mantinham relação entre si. Vale ressaltar que as unidades aparecem em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador, em outras palavras, se dá mediante o encontro entre pesquisador e pesquisado. Por fim, na quarta etapa, foi elaborada uma síntese compreensiva daquilo que apareceu dos fenômenos articulando as unidades de sentido à luz da fenomenologia-hermenêutica e dos estudos decoloniais.

4. Apresentando os participantes

Antes da análise das entrevistas, a partir das unidades de sentido, faz-se necessária a apresentação dos participantes, trazendo trechos de suas falas sobre o modo como compreendem os fenômenos da saúde e adoecimento. Considerando a singularidade no modo como cada um se expressa, serão pontuadas as percepções que tive durante a entrevista, no modo como expuseram suas vivências. Acredito que o momento da entrevista, com as questões disparadoras, tenha sido para alguns participantes um contato novo no modo de se olhar, de encarar tais fenômenos investigados.

Ao relatarem vivências difíceis, puderam se perceber emocionados, reconhecendo o quanto certas vivências ainda eram difíceis de encarar, algumas perguntas parecem que exigiram mais atenção, no sentido de se aproximar, e pensar pacientemente naquilo que estava posto, já outras, eram respondidas de imediato. No modo de se expressarem, alguns se demonstraram entusiasmados, comunicativos, resgatando mais detalhes de suas vivências, outros mais constrangidos, sendo mais objetivos.

Como foram realizadas várias perguntas disparadoras, nessa apresentação prévia será apenas apresentado um contexto mais geral da vivência de cada participante, bem como falas mais pontuais de algumas perguntas específicas. Os demais trechos serão apresentados na análise, nas unidades de sentido identificadas e na discussão em interlocução com as perspectivas decolonial e fenomenológico-hermenêutica. Com o intuito de preservar a identidade de cada participante, os nomes aqui expostos são fictícios, escolhidos pelos próprios

participantes. Alguns nomes escolhidos, remetem a pessoas importantes para os entrevistados, pessoas que faleceram, como pai e filho, mas que ainda são lembrados de alguma forma, como na pesquisa.

Para fins de uma organização, os participantes foram apresentados seguindo a ordenação de idade, do homem mais jovem até o idoso. Além disso, também sistematizamos em um quadro, as informações mais centrais que situam a identidade de cada participante, como a idade, a raça e etnia, o território onde residem, a identidade de gênero e orientação sexual e a classe social.

Nome fictício	Idade	Cor/Raça/Etnia	Território de moradia	Identidade de gênero/orientação sexual	Classe social
Willian	20 anos	Indígena	Urbano	Cisgênero/homossexual	Classe baixa
Artur	28 anos	Branca	Urbano	Cisgênero /heterossexual	Classe baixa
Miguel	35 anos	Preta	Urbano	Transgênero/heterossexual	Classe baixa
João	43 anos	Branca	Urbano	Cisgênero /heterossexual	Classe média alta
Carlos	54 anos	Branca	Urbano	Cisgênero /heterossexual	Classe baixa
José	60 anos	Amarela	Rural	Cisgênero /heterossexual	Classe baixa
Pedro	66 anos	Branca	Urbano	Cisgênero /heterossexual	Classe baixa
Glauco	72 anos	Branca	Urbano	Cisgênero/heterossexual	Classe média

Quadro 1: Identificação dos participantes da pesquisa

4.1 Willian (20 anos)

Willian é um homem jovem de 20 anos, indígena guarani, homossexual e acadêmico do curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Anteriormente, morava com a família em uma aldeia localizada no município de São Jerônimo da Serra, no norte do Paraná. Por conta da graduação, mudou-se para Maringá há dois anos, juntamente com o irmão mais velho e o sobrinho, sendo o irmão o provedor do lar atualmente.

O contato com Willian se deu por meio da indicação de uma cliente que atendo na clínica e que fez essa mediação entre nós. Na entrevista, ele se demonstrou tímido, mas disposto a contribuir. Por conta disso, busquei, antes de iniciar a gravação, ter uma conversa mais descontraída sobre a sua rotina e a sua história pessoal, também me apresentei, contei um pouco

da minha trajetória na Universidade. A entrevista aconteceu na Universidade, em uma sala restrita da biblioteca central dos estudantes (BCE), voltada exclusivamente para o uso de acadêmicos indígenas.

No dia da entrevista, ele estava frustrado com a sobrecarga das aulas e avaliações do curso, o que foi uma temática importante na conversa inicial; revelou as dificuldades enfrentadas no âmbito da socialização, principalmente na relação com pessoas brancas na universidade. Sabendo da dificuldade enfrentada por muitos alunos indígenas na universidade, confesso que também tive receio de como ele poderia se sentir ao meu lado durante a entrevista. A entrevista teve uma duração de 25 minutos, e a primeira pergunta disparadora foi a seguinte: “Como você cuida da sua saúde?” Em sua fala, Willian comenta:

Ultimamente, para ser bem sincero, deixo minha saúde bem de lado, principalmente a saúde mental... Porque eu tô tentando me adaptar ao curso aqui, às coisas da faculdade, que eu simplesmente me esqueço de tudo. Então, ultimamente eu não, não estou indo atrás de uma psicóloga, não estou fazendo nenhuma coisa para ter saúde física, como a academia, por exemplo, ou me alimentando de forma adequada. Então, está bem, bem ruim (sic).

Outras questões que se complementam foram “Quem você procura em primeiro lugar quando não está bem de saúde?” e “Em que circunstâncias geralmente procura por profissionais da saúde?”. Willian responde:

Qualquer coisinha eu procuro minha mãe. Depois, eu procuro, se for algo envolvendo físico assim, remédios naturais, e depois, o médico (sic). (...) eu procuro um médico, como a última opção daquelas três que eu falei, e depois um profissional mesmo (...). Olha, eu costumo procurar um médico, mas quando a situação que eu estou vendo não está adiantando nenhum desses, que falei anteriormente, aí eu preciso ir ao médico, né? Só que tenho um pouco de receio de ir ao médico (sic).

Eu acho que, natural, por ser um indígena, eu tenho um receio de falar com o pessoal que não é indígena, que a gente chama de branco. Realmente, quando a pessoa tem um nível, entre aspas, maior, um nível de autoridade maior, eu fico meio receoso de ir, mas eu vou ainda assim (...)(sic).

Ao relatar que os homens enxergam a doença como fragilidade, o questionei se ele também compreendia o adoecimento desta forma. Ele respondeu:

*Já foi. Hoje não mais. Não tanto mais. Acho que isso é um processo de entendimento. Eu acho que **isso era mais quando eu não era assumido homossexual**. Eu tinha que colocar na minha cabeça: “não, eu sou homem igual a eles, eu não posso pedir ajudar também”. Depois, que me entendi como homossexual, pensei “mas que bobagem, que coisa ridícula, e eu posso ser frágil sim, eu posso ser forte também, e tá tudo bem”.*

Podemos situar que, na vivência de Willian, assumir a sua orientação sexual foi fundamental no reconhecimento de novos modos de se colocar em sua existência. Esta situação parece ter sido marcante no modo de cuidado consigo próprio, no reconhecimento de quem é.

4.2 Artur (28 anos)

Artur é um homem jovem de 28 anos, branco, heterossexual, formado em gastronomia, e possui uma hamburgueria delivery como empreendimento. É natural de Maringá, sendo que boa parte da família mora no município. Ao relatar um pouco sobre sua rotina e projetos, mencionou os desafios que teve até chegar a ter o próprio empreendimento. Segundo Artur, ele havia iniciado uma faculdade de direito, logo após o ensino médio, no entanto, desistiu após reconhecer o interesse pela gastronomia. Atualmente, menciona se sentir realizado por conseguir sustentar seu empreendimento, apesar dos desafios, sempre tem buscado investir em conhecimentos sobre estratégias de marketing e de posicionamento de marca.

Em seu modo de se expressar, Artur mencionou as dificuldades de socialização, por conta de ser mais tímido, e durante a entrevista, isso ficou perceptível diante do constrangimento em relação a algumas perguntas, mas o participante também se demonstrou emocionado ao lembrar situações do passado. A entrevista teve uma duração de 50 minutos, e, foi realizada na clínica onde atendo.

Ao situar suas vivências a partir das questões disparadoras, Artur evidenciou uma relação de adoecimento voltada para questões emocionais, principalmente no contexto da adolescência. Relata ter vivido uma relação de ansiedade e depressão, potencializada pela dificuldade de socializar no âmbito das amizades e das relações amorosas, bem como na relação afetiva com a família, principalmente com o pai. Por conta disso, desde a pré-adolescência iniciou acompanhamento em psicoterapia. Em sua fala:

Há um tempo atrás, eu era muito ansioso, né? muito depressivo (...) aí tinha dias que eu ficava no meu quarto, não saía pra nada, nem comia, nem nada. Ficava lá dormindo... o tempo passando, nem via (sic).

(...) eu tinha uma dificuldade enorme de conversar com as pessoas, porque eu descobri que elas não iam me ouvir e teriam vergonha de ouvir o que eu ia falar. Naquela época, né? Porque acontecia tanta coisa ruim comigo, que eu não queria nem falar. Nossa, era muito ruim pra mim, assim. Mas eu tive que começar a falar, elaborar, né? Colocar pra fora, pra tentar me entender (sic). Teve dias que eu tava muito carente e chorava na sessão, né? Foi muito difícil conseguir encarar meu sentimento de depressão, foi muito difícil para mim, mas consegui (sic).

*Carência, não sei se é uma carência de sentimento mesmo, né? De acolhimento, de querer algum sentimento... É que assim, eu entendo que eu **sempre tive um vazio naquela época, né?** Então eu **sempre procurei alguma coisa para me acolher, né?** E não achava o que me acolhia. Por exemplo, eu não sabia me descrever naquela época, eu tinha vários pensamentos acontecendo ao mesmo tempo e não sabia organizar isso. Eu sei que eu sofria, mas **eu não sabia o que eu iria fazer da minha vida (sic).***

Sobre a relação com o pai, relata uma percepção de que ele não sabia lidar com os seus episódios de ansiedade e depressão, se demonstrava crítico a manifestações de sensibilidade, como o choro e o isolamento. Desta forma, há de se considerar que os modos de se situar em relação à masculinidade, também aparecem na relação entre pai e filho. Nas palavras de Artur:

*Meu pai, quando eu era mais novo, ele tinha uma dificuldade de lidar comigo, né? Porque ele sempre trabalhou para a vida dele, né? Para a nossa vida de família, né? E sempre **quis melhorar a minha pessoa, né?** E nunca conseguiu. Eu não tinha um pai... Eu tinha um pai presente na minha vida, mas não tinha um pai que era meu amigo, né? (...) eu sempre via ele como uma pessoa má pra mim, assim, né? Não via ele como uma boa influência naquela época, né? Porque ele sempre foi muito grosso comigo, né? nunca foi muito gentil, assim. **Ele sempre ficou bravo da forma que eu estava, né? (sic).***

4.3 Miguel (35 anos)

Miguel é um homem trans, negro e casado, trabalha como designer educacional em uma faculdade privada. Mora em Maringá há dez anos, veio para cá em busca de oportunidades

de trabalho; mas nasceu e viveu boa parte da vida em Minas Gerais, no município de Santos Dumont.

O conheci através do contato que estabeleci no ano de 2022, por atender sua irmã que era adolescente naquela época. Se demonstrou bem à vontade em se expressar, situou algumas situações que foram emocionantes sobre sua história pessoal e envolvendo o âmbito familiar. A entrevista teve uma duração de 1 hora, e, foi realizada na clínica onde atendo. Por mais que já o conhecesse, os contatos que tivemos anteriormente eram exclusivamente orientações sobre o caso de sua irmã, e feitos somente online. Então, a entrevista foi o primeiro contato de uma conversa presencial.

Na entrevista, Miguel sinalizou o quanto a sua relação com a saúde está intimamente ligada com o seu processo de transição, que deu início há 6 anos. Ele menciona que as consultas e exames regulares, assim como o contato com os profissionais que o acompanham nesse processo, de alguma forma, foram disparadores para estabelecer outras formas de cuidado em saúde. Quando questionado sobre o modo como cuida de sua saúde e a frequência na busca de profissionais de saúde ou de exames de *check-up* geral, Miguel comentou:

A princípio, é que saúde é uma questão muito ampla, né? (risos). E assim, o que tenho dado pra fazer é cuidado mental, faço terapia, faço atividade física, eu faço musculação, eu faço pilates. Agora eu estou mais presente, eu tava antes meio assim, às vezes ia pra academia, ou não ia, mas eu cuido da minha saúde dessa maneira, pra além do acompanhamento hormonal que eu faço, né? Então, daí a questão física mesmo. Eu tenho esse acompanhamento, né? Periódico. Costuma ser de três em três meses, né? Então, eu geralmente faço check-up completo. O endocrinologista, então, analisa o corpo, né? A questão sanguínea, né? Pra ver se tá tudo certo. Então, posso te dizer que é periódico, eu cuido da minha saúde periodicamente (sic).

Eu faço isso, na verdade, assim, depois da transição, as coisas começaram a ficar um pouco diferentes, né? Porque honestamente dizendo, antes não. Acho que dá pra gente fazer isso como se fosse um marco, porque como é uma constância, e eu preciso cuidar disso constantemente, né, por conta da transição hormonal, então isso mudou muito a forma como eu via a questão da saúde, como eu cuidava em relação à saúde, sabe? Então, assim, falar pra você que antes da transição eu ia periodicamente fazer um exame de sangue, não. Eu ia quando eu precisava, ou quando eu tava passando mal, ou que pegava dengue, ou alguma coisa assim nesse sentido, de que, “nossa, tô morrendo”, e daí eu vou me cuidar (sic).

Hoje em dia, a minha visão, e por conta do processo da transição, eu preciso ter esse cuidado. Então, acho que posso te dizer que hoje eu faço isso com mais frequência e até com mais consciência. De que eu preciso cuidar mesmo, pra além, não só pra questão dos efeitos colaterais que o hormônio causa, mas pelo meu próprio bem-estar mesmo. (...) Não foi uma consciência que desceu aqui, que eu, “nossa, agora eu vou me cuidar”, não. Foi porque, a escolha, né? De fazer, de ter a possibilidade de transicionar, me dá como consequência, vamos colocar assim entre aspas, esse autocuidado, porque se eu não me autocuidar, eu não faço a transição corretamente.

4.4 João (43 anos)

João, é um homem branco, heterossexual, casado, pai de dois filhos, empreendedor, possui duas empresas no município de Maringá. O contato com ele se deu por meio do processo terapêutico de sua filha, entendendo que sua participação não afetaria o processo terapêutico, ele se demonstrou solícito em participar. A entrevista teve duração de 1h e 20 minutos, o participante se demonstrou bem comunicativo, trazendo detalhes de vivências vinculadas aos cuidados com a saúde e adoecimento.

Sobre sua história pessoal, João relata que sempre morou em Maringá, sua família era de uma classe social baixa e por conta disso não conseguiu adentrar em uma faculdade; relata que na juventude tinha o interesse em cursar educação física, mas em decorrência das condições financeiras passou a trabalhar por conta, até que abriu o seu primeiro empreendimento com 21 anos. João em seu modo de se posicionar, revela uma compreensão de engajamento com a vida muito articulada com esses princípios que regem a lógica do empreendedorismo, de performance e busca de resultados.

João apontou que passou por uma mudança significativa de hábitos após reconhecer que o modo como estava vivendo estava conduzindo-o para um adoecimento. Neste contexto, João recorria a bebidas alcoólicas com frequência, se alimentava mal, não praticava exercícios físicos, estava em sobrepeso, se percebia emocionalmente desanimado, ansioso e estressado com a rotina, o que, de certa forma, passou a afetar também as relações com a família. Deste modo, o participante trouxe uma relação de adoecimento vinculada à falta de cuidados, e que as mudanças de hábitos refletiram positivamente na sua saúde. Sobre tais situações, ele apresenta:

No momento atual, eu estou cuidando muito bem da minha saúde. Como eu tinha hábitos, estilos de vida diferentes, por questão de amizade, por questão de trabalho, por várias

questões, acabei criando uns hábitos que não são tão saudáveis. Aí no decorrer da minha vida, eu comecei a receber alguns sinais. Sinais, por exemplo, as pernas queimando, não conseguia ficar muito de pé porque ela tinha queimação nas pernas, dores na nuca. Começou a dar alguns sinais até mesmo de os nervos começarem a travar do meu rosto, que é o bruxismo, mas porque eu tinha um estilo de vida de acordo com o ambiente que eu vivia, as pessoas que eu vivia, que era churrasco, bebida, né, então a gente não dava atenção. Aí eu recebi alguns sinais, então hoje eu estou com 43 anos, mas até um ano e meio atrás eu tinha um estilo de vida bem agressivo, que **não era muito bem cuidar da saúde, e sim acabar com a saúde**, tanto física quanto mental também. Quando me deu alguns sinais, eu resolvi falar, “não, tem que fazer alguma coisa. Se eu continuar desse jeito, vou morrer, vai me dar uma cirrose, vai me dar um ataque cardíaco, vai me dar um AVC” (sic).

E aí foi quando eu comecei, num dia que eu tava até pedalando pra curar uma ressaca de cachaça, numa sexta-feira, eu encontrei uma pessoa que eu não via há muito tempo, que é um amigo de infância (...) nesse dia eu estava tão ruim comigo, porque eu tinha tomado bastante na sexta-feira, no sábado de manhã, que eu falei, “eu vou ter que mudar, eu vou ter que...” aí eu falei, “vou sair para pedalar”, **porque aquele mal que estava me fazendo, eu não estava suportando mais**. Então eu tava perdendo reuniões importantes, tava ficando agressivo, tava ficando nervoso, irritado, tava sentindo alguns incômodos que já tava me dando. Mas na hora que eu encontrei esse amigo (...) ele falou, “ó, eu vou encontrar um grupo”. O grupo chamava Pedal Beer. Falei, “ó, então já não tá muito longe não, mas pelo menos o pessoal pedala pra depois beber, né?”.

Mas logo comecei a perceber os benefícios. Comecei a perceber os benefícios que estava me trazendo relacionado à energia. Eu senti que eu estava com mais energia, com mais vontade. Meu sono começou a ser outro (...) a minha digestão começou a ser outra. Quando eu comia, eu sentia que eu não ficava com preguiça, com vontade de ir pra cama, pro sofá (sic).

4.5 Carlos (54 anos)

Carlos é um homem branco, heterossexual, divorciado e pai de duas filhas. Trabalha como porteiro em um prédio empresarial. Sobre sua história pessoal, o participante mencionou que desde criança sempre residiu com a família em contexto rural, de municípios pequenos do Paraná. Relata vivências de dificuldades pela falta de acesso às consultas médicas, mas que no sítio, era muito comum um cuidado em saúde com ervas medicinais, seja nos chás ou na alimentação.

Sua entrevista teve uma duração de 30 minutos, realizada na recepção do prédio, em horário pouco movimentado, o que facilitou na questão do sigilo e da privacidade. Carlos se demonstrou à vontade para responder, entretanto, as respostas foram sucintas para grande parte das perguntas. De modo geral, o participante evidenciou uma preocupação com a saúde, apontando cuidados preventivos que por vezes são negligenciados pelos homens, como o exame da próstata. Sobre o modo como cuida de sua saúde, a frequência na busca por profissionais da saúde e a regularidade de exames, ele expôs:

O cuidado da minha saúde é se alimentar bem, fazer esporte, que eu já faço desde criança. Então eu mantenho o esporte ativo, jogar futebol e academia (sic).

Eu procuro mais para fazer exames mesmo, de rotina, mas é difícil eu ficar doente (...) então a gente tá sempre indo no médico, mas é difícil eu ir no médico, só para exames do dia a dia mesmo (sic).

Inclusive, eu só tomo remédio mesmo quando dá uma dor de cabeça muito forte que não tá aguentando. Se for uma dor de cabeça fraca, eu não tomo remédio. Eu acho que quanto menos remédio você tomar, se a sua imunidade, quando você precisar de um remédio forte, ele vai fazer o efeito melhor. Então, eu evito de tomar remédio, evito bastante remédio mesmo, só quando prescrito pelo médico mesmo. Inclusive, em uma gripe, alguma coisa assim, começou a virar o tempo, eu pingo o sorinho no nariz, nossa, pra mim é excelente, resolve (sic).

Assim, eu cuido bastante da próstata, né? Além de ter esses exames que falam bastante do câncer de próstata, eu tenho um pouquinho ela alterada, né? Acho que é normal de todo homem, depois dos 50 anos, ela ter um pouquinho aumentado. Então eu tomo bastante precaução com isso daí também (sic).

*Eu prefiro mais procurar o médico e ter certeza que a minha saúde está bem do que depois, mais pra perto, ir no médico e procurar o médico e ele falar que você está com uma coisa grave, né? Então, se você acha uma coisa que seja grave, mas está no início, você consegue se tratar, né? Então, **eu tenho mais medo da doença do que ir no médico** (sic).*

A minha mãe e meu pai, como morava num sítio, eles não cuidavam muito bem, não, de ir em médico, assim, não ia, não. Era mais remédio caseiro. Então, era difícil procurar médico, não ia pra médico de jeito nenhum (...) eu vendo a minha mãe, e meu pai, assim, né, passando

aquela dificuldade, precisando de médicos e essas coisas, depois de grande eu resolvi cuidar de mim (sic).

4.6 José (60 anos)

José é zootecnista, produtor rural e feirante, casado, heterossexual, pai de duas filhas e de descendência oriental. O contato com ele se deu por um amigo agrônomo, e ao entrar em contato com ele via WhatsApp, expliquei sobre a temática da pesquisa e ele se demonstrou solícito em participar. A entrevista teve uma duração de 30 minutos, e, foi realizada em sua propriedade rural. Ao chegar na propriedade, ele estava na roça, mas a esposa já havia preparado uma mesa com café da manhã. Ele fez questão de mostrar o local, explicar algumas atividades que desenvolvia ali com a família.

Ao relatar o contexto de sua história, comenta que sua família era de São Jorge do Ivaí. Ele e o irmão mudaram-se para Maringá, em 1982, por conta da graduação em zootecnia. Atualmente, ele mora com a esposa e as filhas, e na mesma propriedade rural, reside também o irmão com seu núcleo familiar e a mãe. Ele e o irmão dividem as responsabilidades do trabalho braçal, bem como os cuidados com a mãe. Sobre seu modo de se expressar, José evidenciou que, por conta de ser oriental, ele se via como alguém mais contido, e que ele entendia que era da natureza de todo oriental ser mais reservado e introvertido. A entrevista foi realizada na varanda de sua casa, no momento em questão não teve interrupções de outras pessoas, mas notou-se que no início da entrevista ele estava mais constrangido e gradualmente foi se sentindo mais à vontade para expor algumas situações. Quando questionado sobre como cuida de sua saúde, José respondeu:

(...) de saúde física, a gente quando está quase caindo, aí vai no médico (sic). Quando você ficar ruim, você fala assim, “eu não vou hoje não, que amanhã eu já saro, amanhã eu já saro”. Daí, depois dos seis meses falando “amanhã eu saro”, daí a gente vai, aí vamos procurar médico. A gente procura médico (sic). Mas hoje a gente faz o check-up anual, daí faz a bateria de exame, vai em uns quatro médicos, daí todo ano faz bateria anual (sic).

Outro enfoque dado ao longo da entrevista foi sobre as complicações físicas devido ao trabalho braçal pesado na rotina. Sobre isso, ele aponta que, por conta das dores, começou a fazer pilates, com o auxílio de uma profissional e depois, por conta própria, em sua residência:

(...) o nosso trabalho é mais rude, né? E na verdade não chega a ser tão rude porque a gente já nasceu fazendo isso e tem um organismo adaptado. Mas assim, com o passar da idade, o nosso esforço físico acaba prejudicando o joelho, prejudicando o pé, o ombro, o braço. vai... e prejudica o grau de esforço físico (sic).

Porque a gente já não aguentava mais trabalhar. Tinha muita dor na coluna, esse negócio. Então foi uma coisa que ajudou... Porque só tomar remédio às vezes melhora a dor, mas a dor volta depois, né? (sic). Mas foi muito importante ter feito, porque eu achava assim que ia morrer com dor na coluna, que nunca ia sair, né? Na verdade, era que o músculo vai encolhendo, daí começa a doer a coluna (sic).

4.7 Pedro (66 anos)

Pedro é um homem branco, heterossexual e trabalha como motorista na Universidade Estadual de Maringá (UEM), é casado e pai de três filhas. Já o conhecia por conta de uma viagem de aplicação da prova do vestibular da universidade em outro município, no ano de 2022. Naquele contexto, tivemos a oportunidade de conversar. Pedro estava passando por um momento difícil, referente à perda recente de seu neto de dois anos. Então, no contexto da pesquisa, lembrei de sua história, por conta desse episódio, mas também pelo contato que tivemos, já que, em meio a tudo isso, Pedro se demonstrou bem-humorado e comunicativo.

Pedro comenta que morou boa parte de sua infância e adolescência em um contexto rural, trabalhava na roça com os pais, e fez a formação em técnico agrícola no ensino médio, porque era a oportunidade que tinha para estudar naquela época. O intuito era permanecer morando com a família, auxiliá-los no cuidado com a propriedade, mas, por conta da sobrecarga de trabalho, optou por tentar concurso público em áreas que não exigissem formação acadêmica. Naquele mesmo contexto, casou-se, o que foi um motivo que reforçou a iniciativa de mudar para Maringá.

A entrevista teve uma duração de 45 minutos, foi realizada na universidade, em uma sala restrita de reuniões da equipe de motoristas. Ao ser questionado sobre o modo como cuida de sua saúde e se geralmente tende a procurar por profissionais da saúde, ele apontou:

Pra te falar a verdade, homem não cuida bem da saúde, né? É a mulher que faz exame, periódicos e coisas todas e tal, né? Homem não é igual a mulher. Mas eu procuro cuidar, sim.

Eu faço meus periódicos, né? Há alguns anos atrás eu fiz um tratamento do coração, tratamento não... (...) bastante exame do coração, porque depois que eu tive COVID, eu acho que fiquei muito cansado, sabe? Então, eu achei que eu tinha algum problema cardíaco, né? Mas, graças a Deus, tá tudo ok. O palio do coração tá ótimo, né? (sic).

Olha, é um defeito que eu tenho. Normalmente eu vou na farmácia, farmacêutico. Quando é assim, uma dor de cabeça, uma dor de estômago, uma coisa assim, né? Só quando é alguma coisa mais séria, eu procuro um médico. Só vou procurar um médico mesmo se realmente a coisa estiver... Sentido mal mesmo, do contrário eu vou não (sic).

Mas não deixo agravar muito também porque a gente sabe que o corpo tem um limite, né? Se eu vi que o corpo tá saindo fora do limite, eu vou procurar um médico, logicamente, mas se resolver com a farmácia, eu vou na farmácia (sic).

4.8 Glauco (72 anos)

Glauco é um homem branco, heterossexual, viúvo, formado em filosofia e professor universitário aposentado. Conheço-o pelo contato com a república onde resido atualmente. Por conta de uma série de situações de agravamento de saúde ao longo de sua vida, ele aceitou colaborar com a pesquisa. Um desses agravamentos foi a perda da visão no ano de 2023, e com ela a adaptação de uma nova rotina, precisando do auxílio de outras pessoas. Além disso, teve alguns episódios separados de acidente vascular cerebral (AVC), principalmente após perdas significativas, como da esposa, irmãos e do filho.

Ao situar-se sobre sua história, comenta que nasceu em Ranscharia, um município de São Paulo, e que boa parte da infância e adolescência morou com a família em propriedades rurais. Ele é um dos filhos mais velhos, dentre os oito irmãos, e por conta disso, sempre se colocou em um lugar de responsabilidade no cuidado com a família, principalmente no âmbito financeiro. Na juventude, teve a oportunidade de estudar filosofia em um seminário católico, vinculado à PUC de São Paulo. Depois disso, fez pós-graduação em Curitiba, recebendo uma oportunidade de trabalho em Maringá, no mesmo período.

A entrevista com Glauco foi realizada em sua casa e teve duração de 40 minutos. Ao ser questionado sobre o modo como cuida da sua saúde, a frequência com que busca profissionais da saúde e faz exames, Glauco apresenta:

Depois que eu tive um problema sério de saúde, eu passei a cuidar. Eu tive um acidente vascular cerebral com a morte da minha esposa, e a partir daí eu tive que cuidar da saúde para poder sobreviver. Cuidar de alimentação, dormir certo, de comer melhor e de nadar todos os dias (sic).

(...) nunca tive nenhum problema psicológico, assim, que eu me lembro, né (...) (sic). Agora, o problema de saúde eu tive quando minha esposa faleceu, eu tive um acidente vascular cerebral. E tratei, estou tratando até hoje, eu tive algumas sequelas, desse acidente (...). Eu tenho problema no meu lado direito, para nadar eu tenho problema, eu nadava melhor e agora tenho dificuldade em nadar o que eu nadava, mas eu insisto, continuo, é o meu exercício de sobrevivência é estar na piscina duas aulas todos os dias (sic).

Eu tenho dois médicos que respondem pela minha saúde... um acupunturista, ele me acompanha desde que eu tive meu acidente vascular cerebral (...) e o outro, eu faço os exames preventivos de sangue, urina, fezes (sic).

Na verdade, começando pelas situações de AVC, que se deu em partes. Primeiro foi quando eu perdi a esposa. Aí, um tempo depois, eu perdi uma cunhada, bem mais nova que eu, e ela teve câncer fulminante e na sequência eu perdi o meu irmão, que era o marido dela, na sequência assim ela morreu e dois meses depois meu irmão morreu. E o dele foi de um trombo. Ele tinha machucado a perna e não cuidou direito, os filhos não cuidaram, então ele teve uma trombose que subiu, e acabou matando ele. Isso me deixou muito nervoso quando me contaram. Aí eu tive um AVC de novo. Subiu a pressão, tive que ir para o hospital, fiquei internado de novo. Aí é um AVC... O primeiro já tinha sido nervoso, o segundo também foi nervoso. Foi o segundo AVC. Passava um tempo... Aí eu tive um AVC ... Nenhum deles foi hemorrágico. Todos eles são AVCs ... sem hemorragia. Sobe a pressão só ... e geralmente uma parte do corpo sofre um dano. Foi quando eu tive o lado direito mais paralisado. Aí eu tive que voltar para a piscina ... voltar ... flutuar de costas primeiro, pra mexer, eu mexia só o braço esquerdo, até voltar a mexer o braço direito, e usar pé de pato, pra poder ir e voltar na piscina o tempo todo. E assim, a recuperação foi toda na piscina, sempre fiz assim, com acupuntura, em paralelo (sic).

Aí eu tive uma terceira, que é dessa, de quando eu perdi a visão, em 2023. Eu tive um derrame nos olhos, e aí eu fiquei totalmente cego um período. Parei de dirigir, fiquei dependente de alguém que me leva a nadar e traz de volta. Ainda bem que eu tive e tenho alguém disponível, né? Tem alguém que faz isso hoje em dia. Mas foi, na prática, um terceiro AVC, que comprometeu minha visão. O médico responsável acha que eu não vou recuperar

tudo para voltar a dirigir, o que é uma perda muito grande, que tinha uma autonomia minha muito grande, né? Mas é acostumar com a ideia, né? A finitude. Acostumei com essa ideia (sic).

5. Unidades de Sentido

Através da análise das entrevistas, e por meio de uma leitura cuidadosa de cada uma delas, foi possível caracterizar a pluralidade de sentidos encontrados nos relatos dos participantes, bem como aspectos de identificação entre suas vivências. A partir disso, definimos as unidades de sentido que representam esses aspectos que foram mais preponderantes, aquilo que se assemelha no modo de vivenciarem as situações de adoecimento, bem como os modos de cuidado em saúde. As unidades de sentido encontradas, foram as seguintes: 5.1- *A gente procura na hora que está quase na beira da morte*: a busca pelo atendimento médico quando o adoecimento se agrava; 5.2- *É você que tem de fazer, tem que dar conta*: o sentimento de autossuficiência e o não reconhecimento de riscos; 5.3- *Ir trabalhar meio morrendo*: cuidado e trabalho; 5.4- *Tem médico que não conversa, só passa remédio*: atenção médica “não humanizada” 5.5- *Eu não cuidava de mim, não cuidava da alimentação, não cuidava do corpo, não cuidava de nada*: cuidado e estilo de vida; 5.6- *Não sou mais aquele homem que eu era*: o adoecimento vinculado às perdas do luto; 5.7- *Pessoas importantes na minha vida, que sempre estiveram comigo*: cuidado e rede de apoio; 5.8- *Homem pra cuidar da saúde é difícil, mas tem um pessoal que até exagera*: o olhar sobre outras masculinidades.

5.1 A gente procura na hora que está quase na beira da morte: a busca pelo atendimento médico quando o adoecimento se agrava.

A primeira unidade de sentido confirma um dos dados mais centrais sobre o modo como os homens se relacionam com o autocuidado em saúde: a de que geralmente procuram algum profissional apenas quando a situação está mais agravada. Podemos perceber isso nos seguintes relatos:

Eu não vou ao médico normalmente, né? Eu vou ao médico quando vejo que existe algum problema que interfira, assim, eu não sei se é certo isso porque eu sou uma pessoa mais nova, né? (Artur, 28 anos).

Então, assim, falar pra você que antes da transição eu ia periodicamente fazer um exame de sangue, não. Eu ia quando eu precisava, ou quando eu tava passando mal, ou que

pegava dengue, ou alguma coisa assim nesse sentido, de que, **“nossa, tô morrendo”**, e daí eu vou me cuidar (Miguel, 35 anos).

A gente procura primeiro na hora que tá quase na beira da morte, que não tem o que fazer e de todo mundo encher o saco, aí a gente liga lá, marca a consulta, vai lá e normalmente não faz o tratamento certo também. Isso falando de mim, tá? (João, 43 anos).

Porque, assim, de saúde física, **a gente quando está quase caindo, aí vai no médico (...).** Quando você ficar ruim, você fala assim, “eu não vou hoje não, que amanhã eu já saro, amanhã eu já saro”. Daí, depois dos seis meses falando “amanhã eu saro”, daí a gente vai, aí vamos procurar médico. (José, 60 anos).

Olha, é um defeito que eu tenho. Normalmente eu vou na farmácia, farmacêutico. Quando uma coisa assim, uma dor de cabeça, uma dor de estômago, uma coisa assim, né? **Só quando é alguma coisa mais séria, eu procuro um médico. Só vou procurar um médico mesmo se realmente a coisa estiver... Sentido mal mesmo, do contrário eu vou não (Pedro, 66 anos).**

Estudos exploratórios apontam que os serviços de saúde mais utilizados pelos homens são os de média e alta complexidade, vinculados a um cuidado emergencial. Os impasses disso, é que os tratamentos passam a ser mais onerosos para o Sistema público de Saúde, e que os espaços de atendimento não são entendidos como espaços de cuidado preventivos. As três próximas unidades de sentido, apontam possíveis motivos que levam os participantes a não buscarem os atendimentos com antecedência: como o sentimento de autossuficiência, a falta de tempo por conta das atividades laborativas e o desinteresse e desapresso com o formato dos atendimentos médicos.

5.2 É você que tem que fazer, tem que dar conta: o sentimento de autossuficiência e o não reconhecimento de riscos.

Essa unidade de sentido diz respeito às situações em que os participantes relataram tomar providências de cuidado por conta, dentre elas: interromper algum tratamento ou buscar alternativas que amenizassem de imediato os sintomas, como a automedicação. Além de, situarem a noção de que precisam lidar sozinhos, restringindo a possibilidade de um cuidado compartilhado com pessoas próximas, como amigos e familiares. Sobre isso, João foi um dos participantes que reconheceu essas dificuldades:

*Eu tento de tudo, mas eu tenho que evoluir bastante nessa parte de **achar que consigo fazer tudo sozinho**, porque eu já sofri, eu tô lesionado por causa disso (...). Então, assim, eu*

preciso quebrar essa minha mentalidade de achar que as pessoas não são capazes, e que eu vou perder tempo (...) (sic) (João, 43 anos).

(...) é uma coisa que eu sou bem fechado, é uma coisa que eu tenho que trabalhar isso, como eu não passo, quando eu tô com alguma situação, eu não passo pros filhos e também não passo pra esposa, eu fico isso comigo. Mas eu não sou de passar pra ninguém, não (...) então, é uma coisa relacionada um pouco do meu perfil de achar que não gosto de ficar passando problemas para os outros. Eu não gosto de ficar passando as minhas situações causadas por mim mesmo para os outros, até uma doença que eu fiquei, uma coisa minha mesmo (...) eu acho que é uma coisa minha, da minha criação, algum bloqueio talvez, mas eu acho que se eu conversasse seria bem melhor (sic) (João, 43 anos).

Em grande maioria, se você vai a médico, é perda de tempo. É onde você automedica, né? Você vai à farmácia. Você sabe que se você vai no médico, você vai perder tempo, não vai adiantar nada, não (Pedro, 66 anos).

Então, isso aí é machismo. Você quer dizer, “não, eu sou superior a tudo isso. Ah, eu não vou ter uma doença, não”. Você nem passa pela cabeça que está mal, doente. Você não tem essa ideia. Você acha que vai fazer, e é você que tem que fazer, tem que dar conta (Glauco, 72 anos).

5.3 Ia trabalhar meio morrendo: cuidado e trabalho

Quando questionados sobre o que dificultava muitas vezes buscar algum acompanhamento médico, alguns participantes trouxeram a preocupação em deixar as atividades do trabalho formal e as implicações disso, uma delas vincula-se ao risco de perder o emprego, considerando a responsabilidade de serem os provedores do lar; outra parece se estruturar numa ideia de compromisso inegociável com a função que exercem, com a imagem de comprometimento nas relações de trabalho. Isso aparece nos seguintes relatos:

Muitas das vezes, por exemplo, eu já passei mal, já precisei ir procurar um médico para tomar alguma coisa ou pra ver o que tava acontecendo, mas não poderia deixar o trabalho. E daí a responsabilidade também, assim, sabe? Tipo, “nossa, não posso faltar no meu trabalho”. Não posso deixar isso porque... “E se eles me mandarem embora?” Sabe? E tipo, ah, “eu vou dar atestado e... Mas e aí?” E daí ia trabalhar meio morrendo, assim, pra não passar a

impressão, de que está folgando sabe? Tá, tipo, ah... Será que vale a pena correr esse risco de não ter o sustento? (sic) (Miguel, 35 anos).

Da fase adulta assim, foi mais a dengue que eu peguei. Peguei esses dias a dengue, nossa, foi horrível (...), mas eu vim trabalhar normalmente (sic) (Carlos, 54 anos).

*Eu vejo aqui na garagem, por exemplo, porque nós aqui, nós somos 15 motoristas, né? Tem gente que tá aí, né, ferrado, com o braço estourado, que no meu caso, braço machucado, né? Não vai ao médico. O outro tá com o joelho estourado, não vai porque acha que vai perder serviço, pegar atestados, aquela burocracia, sabe? Você pega atestado e tem que passar pela perícia, é um rolo, você não tem ideia. **Se nós ficamos doentes aqui, é muito complicado, sabe?** Então, a gente evita o máximo por causa disso. Se você passou de três dias, tem que passar na perícia, aí o médico, às vezes, pode não te dar nenhum dia, ou pode te dar quinze. Sem necessidade, né? (sic) (Pedro, 66 anos).*

Glauco relata que, mesmo diante da situação de agravamento do quadro de saúde de sua esposa, se viu na obrigação de voltar aos trabalhos na Universidade. Neste contexto, ele havia acompanhado a transferência dela de hospital para o estado de São Paulo, mas decidiu voltar no dia seguinte, para cumprir as atividades no trabalho. Parte desta cobrança, segundo o participante, remetia a uma preocupação de ser o provedor do lar, via-se como uma referência no cuidado financeiro da família, dos pais e irmãos mais novos. Segundo ele:

*Eu já tinha levado ela lá, já tinha acompanhado, eu sabia que ela estava na UTI, eu voltei porque eu recomçaria o trabalho na universidade. Isso também, por exemplo, voltar a trabalhar na universidade no dia seguinte... É, se eu tivesse a visão de hoje, com certeza eu teria ficado com ela lá, acompanhado o processo dela de cuidado do hospital, do lado dela. Eu voltei... deixei lá... voltei para dar aula aqui na UEM... que eu estava no meio do semestre... e acabei na volta para lá já... para acompanhar o enterro dela... tanto que eu não vi o enterro dela.... (...) é, porque **eu tinha os irmãos para cuidar, tinha um filho, tinha uma casa para cuidar, então tem sempre essa preocupação (Glauco, 72 anos).***

Segundo Valeska Zanello (2018), o trabalho é um pilar identitário para os homens, sendo um dos dispositivos de reconhecimento de virilidade, seja no lugar de provedor do lar, como também no status de acúmulo financeiro e de bens materiais. Diante disso, serem reconhecidos como “encostado”, “folgado”, “aproveitador”, “vagabundo”, pode ser motivo de constrangimento, de desonra. A canção “*Música de trabalho*” (1996) do Legião Urbana,

representa muito bem essa relação: “Sem trabalho eu não sou nada/ Não tenho dignidade/ Não sinto o meu valor/ Não tenho identidade”.

5.4 Tem médico que não conversa, só passa remédio: atenção médica “não humanizada”

Em algumas entrevistas, foi possível notar que o atendimento médico, de modo geral, é encarado com certa desconfiança ou desinteresse. Alguns participantes trouxeram vivências negativas, primeiro vinculadas a uma visão crítica sobre o fato das consultas se basearem quase que exclusivamente no cuidado medicamentoso e, segundo, pelo fato de não se sentirem acolhidos ou “vistos” pelo profissional. Sobre isso, eles situaram:

*Tem alguns médicos que não conversa. Porque tem médico hoje que é assim: eu ia num cardiologista, e o cardiologista tinha que atender quatro por hora, porque o objetivo dele é ficar rico. Então, você não conversa, não tinha espaço pra conversar. Ele pegava, olhava os exames, escutava o coração, media a pressão, depois **receitava remédio** e tchau (José, 60 anos).*

*Porque isso acontece, tá? Quando eu vou no médico, a primeira coisa que ele quer é me **dar remédio** pra dor. Eu falo, “doutor, eu prefiro ficar com a dor do que judiar do meu fígado, se for por questão da dor, não precisa me dar remédio que eu suporto isso”. Porque de um lado, passa a dor, ele te dá o alívio, mas automaticamente ele judia do teu fígado que é onde processa tudo. Então, remédio pra mim, caso de vida ou morte. Remédio pra mim seria um remédio caso de vida ou morte, tá? (João, 43 anos).*

*Então, esse é um problema da medicina nossa, que os médicos, muitos deles, não procuram investigar realmente o que a pessoa tem, né? Só chega e **dá um medicamentozinho** e manda embora. (...) Tem médico que nem na sua cara não olha. Aquele juramento que ele faz, quando ele se forma, só pra inglês ver (...) falta um acolhimento. Falta um médico olhar na sua cara, olhar na sua cara e realmente te proteger. Você não vai lá pra brincar, você vai no médico porque realmente precisa... vai chegar lá, o médico “tá aqui, ó” (fazendo o gesto do médico escrevendo e olhando para baixo). É assim. O médico pra nós homens é assim, não sei pra vocês mulheres (sic) (Pedro, 66 anos).*

As consultas são entendidas como espaços de conversas objetivas, em que há a falta de acolhimento. Emerson Elias Merhy (2014), em sua obra intitulada, “Saúde: a cartografia do trabalho vivo” levanta a problemática de que para muitos brasileiros a saúde é uma questão fundamental da vida, no entanto, é na área de prestação de serviços da saúde onde se sentem mais desprotegidos e desrespeitados. Sobre isso, Pedro trouxe uma vivência de agravamento em saúde, a qual considera que se deu por conta da negligência dos médicos que não solicitaram exames:

Você vê, eu tava em viagem, tava voltando de Goiorê, cheguei em Maringá meia-noite, extremamente com dor, dor demais. Fui para o HU (Hospital Universitário). Me internaram lá, deram as injeções e no outro dia me mandaram embora, não resolveram nada. Ali três dias, em viagem de novo, cheguei ruim de novo. Fui para o HU de novo, fizeram o mesmo processo. Não adiantou nada, tá? Aí a terceira vez, eu cheguei mal de novo. Isso dentro de 15 dias, todo esse processo, né? (...) Depois fui para outro hospital, a médica me encaminhou para fazer os exames, né? Ela falou, “eu vou internar o senhor agora, você está com a vesícula estourando, a vesícula do senhor pode estourar agora, o senhor pode ter uma pancreatite, pode estourar a qualquer momento” (Pedro, 66 anos).

Outro aspecto importante situado nas entrevistas, foi o quanto os atendimentos no contexto médico podem também ser espaços de legitimação de violências por conta da discriminação e falta de conhecimento dos profissionais da saúde. William e Miguel trazem vivências sobre isso. No caso de William, homem indígena, como já fora apontado na sua apresentação, os espaços de consultas médicas o deixam com receio, pelo caráter de autoridade na postura dos profissionais, sustentado pela branquitude. Entretanto, ele relata uma situação na qual se sentiu agredido:

*(...) eu fui ao médico, **tinha umas manchinhas vermelhas no meu corpo, e ele mandou eu tomar banho** (...), eu estava sozinho. Faz um tempo, eu acho que se fosse nos dias atuais, eu teria respondido ele, mas naquela época não consegui (William, 20 anos).*

Já Miguel aponta que, no início de seu processo de transição, ao lidar com as questões burocráticas, passou por situações nas quais também se sentiu constrangido, no caso em questão, pela falta de conhecimento dos profissionais da rede de atendimento. Sobre isso, ele relata:

*O começo foi um pouco difícil, né? Porque há seis anos atrás, a questão da... das pessoas trans, a questão de gênero estava começando a aparecer, não era tão discutida (...). Então foi difícil, no começo foi muito difícil para os profissionais que me atenderam, que estavam, vamos colocar assim, por exemplo, lá no CEPAT, que é o Centro para Pessoas Trans, o Centro de Pessoas Trans, então eles já estavam habituados, mas o processo até chegar lá, porque partiu daqui, fui pedir encaminhamento, e muitas das vezes eu tive que explicar o que aconteceu, então não tinha essa segurança não. **Então, eu tinha que explicar o que eu estava buscando, explicar o que era, então era um pouco constrangedor, assim (Miguel, 35 anos).***

Segundo Merhy (2014), o modelo assistencial de saúde que opera está atualmente organizado na ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, que acaba subordinando a dimensão cuidadora, a um papel irrelevante e secundário. Assim, o cuidado enquanto relação passa a ser empobrecido, centralizando-se em ações técnicas, voltadas a problemas específicos, como os sintomas, e o “corpo-doente”. Desse modo, o trabalho em saúde passa a ser reduzido ao conjunto de máquinas, instrumentos e técnicas, desconsiderando os “processos relacionais como atos de saúde”. (Merhy, 2014, p.123). As consequências disso, aparecem nos relatos dos participantes da pesquisa, que mencionam situações de negligência e posturas discriminatórias, e uma desconfiança em relação ao cuidado médico.

5.5 *Eu não cuidava de mim, não cuidava da alimentação, não cuidava do corpo, não cuidava de nada: cuidado e estilo de vida.*

Uma das unidades de sentido reveladas foi que, dentre os cuidados mais centrais com a saúde, em um caráter preventivo, os participantes situaram a atividade física e a alimentação mais equilibrada. No cotidiano, nota-se parte de um sentido geral, de um “estilo de vida saudável” amparam-se nesses dois pilares. Como foi apontado pelos participantes:

Então assim, eu sempre tento ter uma rotina de alimentação e atividade física, normalmente, né? Mas um tempo atrás eu não cuidava da minha saúde, eu deixava meio largado assim (sic) (Artur, 28 anos).

E assim, o que tenho dado pra fazer é cuidado mental, faço terapia, faço atividade física, eu faço musculação, eu faço pilates. Agora eu estou mais presente, eu tava antes meio assim, as vezes ia pra academia, ou não ia, mas eu cuido da minha saúde dessa maneira (...)(sic) (Miguel, 35 anos).

Então, através da atividade física, que foi o início, que teve uma relação muito grande com as pessoas, que foi que fortaleceu ali no começo. Eu peguei o hábito, peguei o costume e aí agora também peguei o hábito da alimentação saudável. Então hoje eu cuido muito bem da minha alimentação (sic) (João, 43 anos).

O cuidado da minha saúde é se alimentar bem, fazer esporte, que eu já faço desde criança. Então eu mantenho o esporte ativo, jogar futebol e academia (sic) (Carlos, 54 anos).

No entanto, foi possível notar que as atividades físicas também estão atreladas a performances de desempenho e resultados que, por vezes, reforçam características no “modo de ser homem”, amparadas na força e na habilidade física e mental em suportar os desafios. Um dos participantes especificamente trouxe isso em seu relato:

*No esporte você quer sair e quer colher tudo aquilo sem ser um **sacrifício** muito grande. Apesar que todo pedal, por mais que você esteja preparado, a subida ela sempre vai pedir mais do seu esforço físico e principalmente mental (sic) (...) só que quando a gente vai pro esporte, a gente sente os benefícios e **a gente vicia no que é bom pra nós** (...). Na época que eu era sedentário, que eu não cuidava de mim, não cuidava da alimentação, não cuidava do corpo, não cuidava de nada, a minha testosterona estava 280, abaixo do normal que é 400 e pouco. E a atividade física regulou até isso (...). Então, agora, por exemplo, eu comecei a fazer exame porque eu mesmo **quero ver o resultado** que a alimentação e o esporte vão me trazer (João, 43 anos).*

Em contrapartida, participantes com certas comorbidades por conta de situações de adoecimentos anteriores que deixaram sequelas, ou ainda por conta de dores que acometem o físico, apontaram a atividade física como algo essencial, para amenizar possíveis desconfortos:

*Esqueci de falar que faço pilates também (...) porque a gente já não aguentava mais trabalhar. Tinha muita dor na coluna, esse negócio. Então foi uma coisa que ajudou... Porque só tomar remédio às vezes melhora a dor, mas a dor volta depois, né? Mas foi muito importante ter feito, porque eu **achava assim que ia morrer com dor na coluna**, que nunca ia sair, né? Na verdade, era que o músculo vai encolhendo, daí começa a doer a coluna (sic) (José, 60 anos).*

*Eu tenho problema no meu lado direito, para nadar eu tenho problema, eu nadava melhor e agora tenho dificuldade em nadar o que eu nadava, mas eu insisto, continuo, **é o meu exercício de sobrevivência** é estar na piscina duas aulas todos os dias (sic) (Glauco, 72 anos).*

5.6 Não sou mais aquele homem que eu era: o adoecimento vinculado às perdas do luto;

A questão do luto foi encontrada no relato de três participantes, que mencionaram a vivência da perda como uma experiência de adoecimento ou atreladas a situações de agravamento em saúde. A primeira delas, foi de Miguel, que ao relatar sobre situações de adoecimento que foram marcantes, mencionou a perda do pai, ainda na adolescência, sendo um contexto em que não teve uma rede de apoio e nem auxílio profissional:

Foi a perda do meu pai. Eu perdi meu pai muito cedo. E eu tinha vários problemas com minha mãe, desde sempre. Então eu perdi não só o meu pai, eu perdi meu amigo e quando perdi ele, eu tinha 14 anos de idade. Então foi uma referência assim... era uma pessoa muito importante pra mim, né? Então, tipo, a perda dele, não ter com quem dizer, né? Não tinha nem condição de falar com a minha mãe que eu não tava legal. Não tinha uma pessoa responsável por mim pra poder me cuidar. Então, foi um processo de adoecimento que foi bem marcante, sabe? De que foi muito custoso sair dele (sic) (Miguel, 35 anos).

Na literatura, se discute o quanto a vivência do luto na infância ou adolescência, por vezes, é negligenciada, representando uma forma de “luto não reconhecido”. Isso porque, é comum os familiares omitirem informações, evitarem dialogar sobre a morte, ora como uma suposta forma de cuidado, ora por conta de presumirem que as manifestações de sofrimento seriam expressões da fase da adolescência, de tensões identitárias. (Rodriguez & Kovács, 2005). Tal compreensão acaba por não legitimar a importância do diálogo e acolhimento como formas de lidar com um luto, bem como se desconsidera a necessidade de acompanhamento psicológico, em certos casos.

Outras situações de luto foram trazidas por Glauco, que teve alguns episódios de AVC (acidente vascular cerebral) após a perda de familiares, como a esposa, o irmão e a cunhada:

Na verdade, começando pelas situações de AVC, que se deu em partes. Primeiro foi quando eu perdi a esposa. Aí, um tempo depois, eu perdi uma cunhada, bem mais nova que eu, e ela teve câncer fulminante e na sequência eu perdi o meu irmão, que era o marido dela, o dele foi de um trombo, ele tinha machucado a perna e não cuidou direito. Isso me deixou muito nervoso quando me contaram. Aí eu tive um AVC de novo. Subiu a pressão, tive que ir para o

hospital, fiquei internado de novo. Ai é um AVC... O primeiro já tinha sido nervoso, o segundo também foi nervoso. Foi o segundo AVC (sic) (Glauco, 72 anos).

A perda de entes queridos pode favorecer modos expressivos de adoecimento, manifestado por sintomas físicos e emocionais. No caso do AVC (acidente vascular cerebral), há de se considerar um conjunto de fatores de risco que podem contribuir na manifestação desse quadro, tais como a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, o colesterol alto, o tabagismo e o sedentarismo. Entretanto, situações de estresse ou exaustão intensa colaboram na elevação da pressão arterial, o que pode favorecer a manifestação do AVC. Não há como estabelecer uma relação causal específica, mas há de se considerar multifatores combinados que agravam os riscos.

No caso de Glauco, diante da descoberta da perda, ele teve que lidar com situações de estresse muito repentinas. Heidegger, nos “Seminários de Zollikon” (2009), aponta que o fenômeno do estresse significa solicitação em excesso; “Em geral, a solicitação exige em cada caso um corresponder de alguma forma. A esse corresponder pertencem também, como privações, o não corresponder e o não poder corresponder” (Heidegger, 2009, p. 181).

No contexto de perda de alguém que se ama por morte, é muito provável não conseguir corresponder às solicitações postas naquele momento, como retomar a rotina e conviver sem a presença daquele que se foi. Na entrevista, Glauco apontou uma relação de autocobrança em lidar com várias demandas, não reconhecendo certos limites emocionais. Parte disso, parece estar vinculado à ideia de que manifestações de sofrimento, podem prejudicar no desempenho de certas atividades laborativas, bem como o “ser útil”. Isso ficou explícito em seu relato:

*Depois que você perdeu, você tem que se construir no luto, a situação toda, viver o luto. Isso aí é uma coisa que você passa o resto da vida, às vezes, fazendo (...) **O luto é necessário, porém, ele tem que ser trabalhado para não comprometer a tua saúde ou a tua contribuição, porque senão você deixa de ser uma pessoa útil. Se você não souber trabalhar isso, você vai viver o resto da vida tentando compensar... as compensações que ocorrem, né? E compensação é uma coisa que nunca é boa (sic) (Glauco, 72 anos).***

O participante menciona a importância de passar pelo luto, mas, em contrapartida, sinaliza a necessidade de se atentar aos papéis a serem desempenhados. Parece que, no contexto do luto, os homens tendem a se refugiar sob o modo de ser da impropriedade, escolhendo se comprometer com demandas postas no seu mundo circundante, como o trabalho.

Além disso, também foram mencionados o luto diante da perda de pessoas mais jovens, que acabaram falecendo inesperadamente, por algum acidente. Sobre isso, Pedro e Glauco trazem suas vivências:

*Exceto esse episódio do meu neto, né? Ele caiu na piscina, com dois anos de idade, né? Faleceu muito cedo, né? Isso me machucou muito, difícil. É, uma tragédia, né? Que mexeu comigo, sabe? Até psicologicamente, sabe? **Não sou mais aquele homem que eu era.** Sinceramente, não sou. Porque é uma perda. Só quem viveu, sabe o que é. Então isso mexeu comigo, foi emocional. Mexeu pra caramba. Mas tendo isso, a vida segue (...). Mas a cicatriz fica, né? E a gente que já não é nenhum jovem, não consegue, né? Assim, a... a diluir isso, né? Você precisa de tempo para diluir, né? E é o meu caso, né? Então, até hoje tudo vai fazer...Fez dois anos já, mas não consegui diluir ainda, né? **(Pedro, 66 anos).***

*Foi o do filho, com certeza. Foi porque a ideia dele da época, ele ia ficar um período em São Paulo, terminar a graduação, e a ideia era voltar pra cá com a gente, ficar mais próximo e fazer a vida dele. Eu queria ter visto ele crescer mais, ver os relacionamentos dele. Eu queria ver neto, filho e filha, eu não vi essas coisas. A afinidade que a gente tinha também era muito grande. E foi muito novo, ele ia fazer 19. Foi uma perda que eu... Posso dizer que eu não trabalho, mesmo tentando trabalhar uma coisa que eu trabalhei mal, não sei, até hoje. **É uma coisa que não está trabalhada comigo... É uma coisa que ainda me toca muito (sic)** **(Glauco, 72 anos).***

Sobre o modo de se relacionar com a vivência do luto ao longo da vida, os participantes expuseram as dificuldades de conviver com a perda. Ao longo das entrevistas, notou-se que foram processos de luto mascarados no contexto familiar, de modo que, também não viram como possibilidade a busca de um cuidado em saúde mental, como a psicoterapia, o que sugere que homens mais velhos têm maior resistência à exposição de suas emoções.

Na fenomenologia heideggeriana, somos convocados a lidar com o nosso caráter finito, entendendo-o como a possibilidade que finda todas as outras. Diante da morte, o ser-aí perde seu caráter de abertura no mundo, isso porque, “o ser não se encontra mais aí, perde a condição de devir, logo, se constituindo como um simples ente” (Pimentel & Azevedo, 2023, p.7). Entretanto, isso não significa que acaba se reduzindo ontologicamente a um ente intramundano (objeto), porque para aquelas pessoas com as quais se relacionou, o “ser” não deixou de fazer

parte do mundo, ainda há presença, mesmo na ausência. Isso fica explícito no relato dos participantes.

No luto, tem inicialmente a supressão abrupta da corporeidade do outro, perde-se a possibilidade de ‘ser-com’, com aquele que morreu. Heidegger, em *Ser e Tempo* (1927/2012), situa que a morte do outro simboliza “a alteração sofrida por um ente ao passar do modo de ser da presença (vida) para o modo de não-ser-mais-pre-sente” (p.18). Assim, o enlutado sofre diante da perda de possibilidades de viver momentos com a pessoa que morreu, o que é ainda mais difícil, quando a morte remete a contextos de acidentes ‘inesperados’.

Além disso, tendemos a ‘aceitar’ melhor a morte quando ela se vincula ao envelhecimento, de modo que, aquelas que acontecem em outras etapas da vida, como na infância e adolescência, nos parecem absurdas. Há a compreensão de que ainda “teria muito o que se viver”. Isso aparece nas vivências de Pedro que perdeu o neto de 2 anos e de Glauco que perdeu o filho de 19 anos, ambos trouxeram a dor diante da perda, de não acompanharem o crescimento, o desenvolvimento das etapas da vida. No entanto, é possível refletir possibilidades de ser-com, com aquele que morreu, pelo modo da preocupação, ao lembrar de momentos significativos ou preservar objetos importantes, como forma de reverência à existência dos entes queridos.

5.7 *Pessoas importantes na minha vida, que sempre estiveram comigo: cuidado e rede de apoio*

As redes de apoio da convivência diária foram reveladas como significativas, tanto em contextos de adoecimento, quanto em contextos de reafirmação de saúde. O contato diário na companhia de pessoas queridas, parece ser um fator relevante para pensar nos modos de cuidado com a vida. Dentre esses contatos, inclui-se a convivência diária com a família e amigos, bem como a participação de grupos voltados a atividades específicas.

Miguel apresenta que, no contexto de sua adolescência, momento em que se percebeu adoecido, logo após a perda de seu pai, o contato com grupos foi essencial para um cuidado em saúde. Isso porque, ele não conseguia reconhecer na família essa rede de apoio. Foi nas aulas de música e nos grupos de estudo, que pôde se encontrar diante de outras possibilidades de cuidado.

*E foi muito difícil, Natalia, porque a minha mãe nunca foi essa pessoa de apoiar a gente (...) ela não me levava pra escola, não me ensinava o dever, não... Nada, vários, vários nadas, e daí a gente acostudou com nada. Então eu sempre tive uma relação muito... as minhas aulas de escape foram essas coisas, tipo estudo, música, né? **Foram lugares que foram me acolhendo. Esses lugares foram lugares de cuidado.** E daí foi o que eu consegui lidar e foi aí a minha ligação com a música, a minha ligação com o estudo. E daí, graças a Deus, assim, sempre tive muitos amigos, sabe? Muitas pessoas, não muitas, mas pessoas muito importantes na minha vida, que sempre estiveram comigo. Tipo, eu tenho uma amiga de 30 anos, e eu tenho 35. Então, a gente cresceu junto, né? Então, foram pessoas que passaram comigo todos os processos da minha vida e que e que a gente vai criando um certo vínculo de família mesmo, né? (sic) (Miguel, 35 anos).*

Artur, também relata uma vivência semelhante, diante dos diagnósticos de depressão e ansiedade generalizada na adolescência. Ele menciona que a família não soube lidar com os episódios mais intensos, por vezes, se mostravam mais distantes ou hostis. Como apontado na sua apresentação, Artur relatava uma carência de vínculos, carência de envolvimento afetivos, sejam nas amizades ou relações amorosas, experimentava o “vazio” de sentido. Segundo ele, retomar o contato com amizades foi fundamental no reconhecimento de que sua vida poderia ter outros sentidos, parte disso vincula-se à preocupação e aceitação como modos de cuidado significativos nessas relações. Sobre isso, ele comenta:

Se eu não tivesse me levantado, se eu não tivesse amigos, né? Que se preocupassem comigo, que gostassem de mim, né? Eu não tinha me tornado quem eu sou hoje, né? É muito... gratificante ter os amigos que eu tenho, né? Sei lá. É muito legal isso, porque eu conheço pessoas e consigo reunir pessoas que foram muito importantes no passado, né? E fez grandes marcos pra mim, né? (Artur, 28 anos).

Na vivência de Artur, ele relata o desamparo e a solidão como inerentes à sua depressão. Castro (2021) aponta que a depressão “é um modo de adoecer relacional, sob a forma de inibição de abertura para o outro” (p.214), bem como se estrutura numa “ausência de sentimento”, na dificuldade de apreciar e se envolver com aquilo que aparece nas relações. Isso fica explícito pelo ‘vazio’ e ‘carência de sentimento’ que Artur menciona em seu relato (no tópico da sua apresentação). Deste modo, entendemos aqui, o ser humano como um ser que se reconhece em relação, sendo a relação com o outro “uma condição para a compreensão existencial do ser-no-mundo” (Castro, 2021, p.219).

Nos relatos de Miguel e Artur, ficaram evidentes que o reconhecimento de espaços de apoio e a presença empática de amigos, ou outras referências, foram essenciais para um processo de mudança, de modos mais saudáveis de se colocar na vida. Então, podemos reconhecer que os contatos interpessoais podem ser caracterizados como formas de cuidado em saúde. Isso também aparece no relato de João, que relatou uma experiência positiva do grupo de ciclismo, situando que as relações foram fundamentais para seu engajamento na mudança de hábitos, na alimentação e na redução do consumo de álcool.

(...) olha como... você conviver no meio de pessoas que praticam atividade física ou que estão com outros hábitos saudáveis é importante, sim, para você engrenar e fazer, começar a fazer a mudança da sua vida. Aí comecei a pedalar com eles e comecei a conversar, trocar ideia, fazer amizade e tal e comecei a gostar. Aí eles começaram também me elogiar (sic). (...) Então, no começo, o que me deu a força mesmo foi o grupo, foi o coletivo, o pessoal ali. (João, 43 anos).

Já Glauco, trouxe a rede de apoio como central diante do contexto em que teve que lidar com a perda de visão. Ao considerar que neste contexto perdeu a autonomia na realização de certas atividades, a rede de apoio na relação de ajuda e cuidado, bem como de respeito ao momento que estava passando, parece que foi um fator de cuidado essencial. Nas palavras dele:

A rede de apoio, que é o cotidiano, é mais importante que o auxílio médico. O auxílio médico, ele faz o auxílio por semana, ele faz o diagnóstico, sempre está atento ao que ocorre. Porém, no dia a dia, o acordar, ir nadar, voltar, e conversar, né? Mas no caso, a pessoa que me acompanha... eu vou nadar, ele já separa a touca... os óculos, os shorts... me faz trocar a roupa do dia, por exemplo, eles têm uma preocupação grande... com a assepsia minha, tanto onde eu durmo, com o que como, pensando numa alimentação saudável (Glauco, 72 anos).

bell hooks (2021), em sua obra “*Tudo sobre o amor: novas perspectivas*” levanta um debate sobre as amizades como exercício de uma ética amorosa, compartilhamos aqui do seu pensamento. A autora menciona que, por vezes, muitas pessoas não conseguem reconhecer dentro do núcleo familiar expressões de amorosidade, mas sim, de controle e negligência. Neste sentido, as amizades podem ser os primeiros espaços de experiência da “alegria da comunidade” (p.165). Segundo a autora, nas amizades “aprendemos a processar todos os nossos problemas, a lidar com diferenças e conflitos enquanto nos mantemos vinculados” (pp.165-166). As amizades reforçam a capacidade de companheirismo, de enfrentamento de problemas,

auxiliando a construir novas formas de ‘amar’, que podem ser transferidas para outras relações, como na família e relacionamentos românticos.

Pensar nas relações interpessoais como um modo de cuidado, situando o contexto das masculinidades, nos conduz a pensar se as prescrições hegemônicas do que é ser homem, como a autossuficiência, ser forte, não demonstrar vulnerabilidade, os distanciam de vivências de acolhimento e companheirismo como expressões de vivências saudáveis. No caso dos participantes mencionados, os vínculos tiveram um papel significativo, seja na mudança de hábitos, no reconhecimento de sua importância e autoestima, bem como na adaptação diante do agravamento da saúde.

5.8 – Homem pra cuidar da saúde é difícil, mas tem um pessoal que até exagera: o olhar sobre outras masculinidades

Ao serem interrogados sobre como percebem o cuidado que outros homens têm em relação à saúde e adoecimento, praticamente todos os participantes mencionaram uma noção de descuido, de negligência e distanciamento no modo de lidar com a própria saúde. Algo que foi observado a partir dessa questão é que, ao falar sobre o “outro”, nos aspectos que envolviam vulnerabilidade de outros homens, deu-se espaço para que se conectassem com as próprias vivências.

Tal aspecto foi percebido ao notar que, quando as questões remetiam à relação com o autocuidado, alguns participantes eram mais pontuais nas respostas, mas ao serem indagados sobre outros homens, se expressavam de forma mais espontânea, flexibilizando o olhar sobre as próprias vivências. Em alguns relatos, também mencionaram a percepção de que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde.

*Eu acho que as mulheres são muito mais cuidadosas com a saúde do que os homens. Os homens deixam tudo para depois, né? Eu moro com mais dois, né? Então, tipo, qualquer tipo de coisinha fala: “ah, não vou, vou esperar sarar, deixa eu ver se melhora sozinho (...) Eu acho que para os homens, qualquer coisa que envolva um pouco mais de **fragilidade** é incomodo pra eles, que **diminui o ganho de masculinidade**, que é criada desde pequenininho, né? Então, acho que é isso, um grande empecilho para eles procurarem uma ajuda (William, 20 anos).*

*Honestamente dizendo, eu penso que, primeiro, a **falta de autoconhecimento**, de se permitir mesmo, porque é confundido com tantas outras coisas, sabe? Tipo, **fraqueza**, a não*

autonomia, né? Tipo, vamos colocar assim... até como uma **fragilidade**, sabe? Tipo, “ah, eu vou lá... pra quê? Pra que eu vou no médico?” Então, às vezes é uma ignorância, que eu penso que atrapalha bastante por conta disso (**Miguel, 35 anos**).

(...) pelo convívio que eu tenho, eu acredito que são a maioria bem próximo da minha realidade. Bem próximo. **Só vai em caso de vida ou morte**. Eu acredito que a maioria, tá? Eu acredito nisso, que eles acabam... por algum motivo, deixando de lado, não indo no tempo certo, não buscando a pessoa certa e acaba tendo esse relaxo aí. Eu acho que o homem, do fato **de ele estar trabalhando**, sempre naquela correria, com alguns hábitos também que vai se criando, de ir para o bar, beber, estar conversando com os amigos, quando dá alguma coisa neles, e por **achar que eles são fortes**, que não pode acontecer o pior, que é tranquilo, “é só uma gripe, já passa”. E eu acredito **de não ter medo**, uma coisa de não ter medo. Eu acredito que o homem do fato de ele **ser mais forte**, de ele não ter medo, acaba de ele achar que não é nada, que já vai passar, acaba acontecendo de não procurar no tempo certo e buscar um profissional pra estar resolvendo (**João, 43 anos**).

Ah não, homem é muito resistente, né? Difícil o homem que cuida da saúde, assim, que faz exames periodicamente, que vai ao médico, ele vai quando não tem jeito mais. Isso eu te falo, eu te garanto que a maioria dos homens faz isso (...) Homem, pra cuidar da saúde, é difícil. Ele cuida da mulher. A minha mulher, qualquer coisinha, eu tô levando no médico. Mas eu... (sic) (**Pedro, 66 anos**).

Difícil, muito difícil. O homem, a última coisa que ele faz é buscar o acompanhamento médico. Em geral, tá? Tem pessoas como eu e outras pessoas que eu conheço que se cuidam bem. Mas uma grande parte do homem, quando vai fazer o exame, é porque já tá tendo um diagnóstico de que ele tá tendo um sintoma ruim. Ah, e também tem a classe social daí, **ninguém que tá trabalhando vai todo ano ao médico**, faz os exames preventivos, não faz, maioria dos homens não faz. As mulheres cuidam melhor da saúde delas do que os homens (sic) (**Glauco, 72 anos**).

Até os participantes que apontaram uma resposta afirmativa sobre os homens cuidarem da saúde, trouxeram aspectos que de alguma forma revelaram condições de negligência, como o entendimento desse cuidado como exagero, ou vivências de homens que se contrapõem a isso. Como foi apontado:

Eu não sei responder muito bem essa pergunta, porque normalmente eu não vejo assim, eu não vejo a masculinidade, eu vejo cada caso é um caso, mas os homens, alguns se cuidam, outros não. Os que eu conheço assim, eles gostam de beber, festar, mas tem pessoas que eu conheço também que se cuidam bastante (sic) (Artur, 28 anos).

Hoje eles se cuidam mais, né? Mas o pessoal mais antigo aí, de 40 anos pra cima, eles não cuidavam muito, não. Eles tinham muito receio de procurar médico, essas coisas, né? Meu pai mesmo foi no médico depois de... de idoso já. Então, eu acho que o pessoal de hoje se cuida mais, né? Tem um pouco mais de atenção (sic) (Carlos, 54 anos).

Hoje sim. Hoje o pessoal cuida muito da saúde e eu vejo pessoal assim que até exagera pra cuidar da saúde. Muitas vezes o... passa do limite, né? Por qualquer coisinha estão indo no médico, mas o pessoal cuida da saúde (sic) (José, 60 anos).

6. Discussão

(...) embora os médicos pensem em salvar a vida, na verdade não é a vida que eles salvam, mas é a morte que eles adiam. O que é salvo é o tempo. Só que não é pouca coisa salvar o tempo. Salvar o tempo não é salvar as horas, dias, anos; é salvar aquela condição em que os homens podem dizer: agora é tempo de plantar; agora é tempo de colher; agora é tempo de trabalhar; agora é tempo de descansar; agora é tempo de cuidar; agora é tempo de se entregar; e assim, sucessivamente. De certo modo, o tempo que os médicos salvam é tudo, pois o tempo é tudo. Todo o trabalho dos médicos e dos profissionais da saúde é permitir que o tempo se alongue.

(Pompéia, 2003 – Corporeidade)

De modo geral, tendemos a compreender existencialmente a saúde a partir de uma indagação espontânea “estou bem?” ou “estou mal?” (Nogueira, 2006). Assim, só podemos acessá-la quando a percebemos a partir da nossa própria experiência vivida, e não a partir da vivência de outros. Este ponto foi disparador para o modo como esta pesquisa foi realizada; enquanto pesquisadora, fui mobilizada a pensar sobre a minha relação com a saúde e adoecimento, e, nas entrevistas, pude compreender os modos como os participantes se apropriam disso, na vivência de cada um deles.

Diante disso, buscaremos tecer uma discussão a partir das unidades de sentido, apropriando-nos de dois modos como a saúde pode ser experienciada. O primeiro seria o modo existencial de saúde, que corresponde às noções empregadas por Heidegger, e pelo pensamento decolonial, nas quais buscaremos aqui fazer uma interlocução. Já o segundo modo, o modo impróprio e técnico de cuidado com a saúde, tentaremos debater como ele se estrutura tanto nos serviços de saúde, bem como nos modos de agir, principalmente dos homens. Entendemos que o horizonte técnico elucida como as doenças se distribuem e se caracterizam, mas não dá conta de situar seus processos de produção em diferentes contextos sociais, bem como situa o cuidado nos atendimentos de modo fragmentado.

Ao longo da fundamentação teórica, evidenciamos que a condição de adoecimento pode ser compreendida, por um lado, na invisibilidade de certas existências, ao situar certos modos de ser como inadequados ou “doentios”, o pensamento decolonial denuncia isso; por outro lado, podemos pensar numa condição de adoecimento voltadas às nossas condições concretas no mundo, o que o mundo, no modo como vem sendo estruturado, tem direcionado nossos modos de viver a condições de adoecimento.

Roehe (2018) aponta que todos os fenômenos humanos são desdobramentos das características fundamentais de sua existência, ou seja, quando se debate sobre algum determinado fenômeno humano, aqui em questão, a saúde e adoecimento, indiretamente se reflete sobre o próprio humano. Assim, ter saúde é compreender a si próprio, o que inclui certas estruturas ontológicas fundamentais, denominada por Heidegger como *existenciais*. O sentido existencial de saúde movimenta-se a partir do modo de ser-no-mundo, diz respeito ao modo como se compreende a própria existência (Nogueira, 2006).

A saúde, então, envolve um jogo existencial que inclui a temporalidade, a espacialidade, a corporeidade, o ser-com-outro e a finitude. Pensar em saúde existencial é situar o modo como nos relacionamos diretamente no mundo histórico, com o tempo, com os espaços,

o modo como nos apropriamos da corporeidade, das relações com os outros e também com o nosso caráter finito de ser. O adoecimento, em seu caráter de privação, também dirá de um modo de compreensão sobre como cada um se coloca diante de certas situações, como aponta Nogueira (2007) “a privação existencial da saúde refere-se sempre a um modo de ser potencial do *Dasein*. Tal privação se expressa numa peculiar linguagem de impotência, do seguinte modo: “não posso”, “não posso mais”, “não posso como os demais”.” (p. 442). Tanto saúde, quanto adoecimento dirão sobre formas de agir e se apropriar das solicitações das relações, por isso, são modos existenciais de ser-no-mundo.

Sendo no mundo, saúde e adoecimento não podem ser entendidos exclusivamente a partir de uma postura individual, frente as situações de tensionamentos da vida. Não podemos esquecer, que a hermenêutica de Heidegger abarca a ideia de que não é possível interpretação existencial alguma, se não diante de um horizonte fático de sentido, que demarca condições de possibilidades de vivências circunscritas em um tempo histórico. Dhein e Feijoo (2014), por exemplo, buscaram pensar as compulsões, para além de uma prescrição diagnóstica atribuída ao ser humano, mas sinalizando “o modo compulsivo como uma atmosfera do nosso tempo” (p.166).

Neste sentido, pensar no modo como os homens se relacionam com a própria masculinidade, e também com o cuidado em saúde e adoecimento, também envolve situar a intersecção entre várias categorias existenciais, como o tempo histórico. A partir das unidades de sentido, tentaremos, agora, situar como os *existenciais* aparecem nas vivências dos participantes da pesquisa.

6.1 Cuidado como condição da existência: como os homens se cuidam?

O primeiro ponto de discussão, será sobre as duas unidades de sentido, intituladas “*A gente procura na hora que está quase na beira da morte: a busca pelo atendimento médico quando o adoecimento se agrava*”, e “*Homem pra cuidar da saúde é difícil, mas tem um pessoal que até exagera: o olhar sobre outras masculinidades*” que confirmam a prerrogativa apresentada em diversos estudos exploratórios, de que os homens negligenciam o cuidado com a saúde, e que geralmente buscam serviços de saúde em contextos emergenciais.

Sabemos que socialmente é empregada a noção de que o cuidado é um papel exclusivo das mulheres, de que somente elas teriam as habilidades necessárias para cuidar. Tal sentido é sustentado em uma lógica de gênero patriarcal, que define a ‘feminilidade’ amparada na mulher

que é esposa e mãe. Assim, em uma família generificada, a mulher passa a ser situada ao cuidado e espaço doméstico e o homem, como o chefe-provedor (Oyěwùmí, 2004/2020).

Nas entrevistas, foram situados pelos participantes mais jovens, Willian (20 anos) e Artur (28 anos), que as suas mães são as principais referências de cuidado em momentos que se veem adoecidos. Já na vivência de outros homens, mais velhos, as esposas não assumem para eles essa referência, o que de certa forma, sinaliza-se uma resistência em compartilhar o que sentem, mas sobretudo uma relação hierárquica diferente; entretanto, eles consideram as mulheres mais cuidadosas com a saúde, principalmente no cuidado preventivo.

De modo geral, compreendemos o sentido de ‘cuidado’ como um tratamento especial isolado, de zelo, direcionado a nós mesmos, ao outro ou a algum ofício que estamos desenvolvendo. Entretanto, na fenomenologia heideggeriana, o cuidado se encontra em toda atitude e situação da nossa existência (Cardinalli, 2015). Heidegger aponta que o caráter de cuidado é constitutivo do ser-humano, de modo que, ser-no-mundo do ser-aí é demarcado pelo cuidado. Em nossa rotina, a todo o momento, estamos cuidando de algo, desde que acordamos e entramos no ritmo das atividades comuns, até o momento que paramos, para descansar.

Não ignoramos o sentido de cuidado voltado a uma atenção mais dedicada a vida, veremos que este modo de articulação de cuidado, também aparece na discussão heideggeriana, quando ele afirma que esta vincula-se a um sentido ontológico. Heidegger faz uma diferenciação de dois modos de cuidado, que são modos de se colocar enquanto ser-no-mundo, o modo impróprio e o próprio. Os dois também foram situados no tópico 1.3 da fundamentação teórica.

O modo de cuidado da impropriedade, segundo Heidegger em “*Ser e Tempo*” “projeta-se com vistas àquilo com o que podemos nos ocupar, o factível, o urgente, incontornável dos negócios da ocupação cotidiana” (p.185). No modo da impropriedade se vive sob a tutela do discurso cotidiano, sendo absorvido pelas demandas do mundo e por vezes, transferindo uma responsabilidade de sua potencialidade de ser, naquilo que já está posto.

O caráter hermenêutico da fenomenologia heideggeriana nos situa numa concreção fáctica, da qual nos apropriamos de muitos sentidos já sedimentados, sobre como devemos nos portar. Entendemos que as características e os papéis sociais designados às mulheres e aos homens fazem parte disso. Então, em um contexto sócio-histórico ainda demarcado pela colonialidade, que sustenta outras hierarquias como o patriarcado, os homens e as mulheres aprendem, sobre o que cada um, precisa “cuidar” em um modo de ocupação e preocupação.

Diante da impropriedade, permeada na ocupação, o ser-aí pode encontrar-se limitado a esse modo específico, distanciando-se de corresponder a outros apelos de seu existir, que se estruturam em novos sentidos não postos. Nas entrevistas, perceberam-se alguns modos de cuidado, nos quais os homens se viam num compromisso de ocupação, como ser um bom profissional no trabalho, ser o provedor dentro da família e ter independência para lidar sozinho com as suas demandas pessoais. Ainda que sejam boas iniciativas, a rigorosidade em sustentar isso a qualquer custo, por vezes, pode ser experienciada de forma adoecedora, negligenciando a si próprio.

Diante de situações que escapam dessa lógica, surge o estranhamento, a angústia por ter de rever a correspondência a essa rede de sentidos. A angústia, segundo Sá (2000) enquanto disposição afetiva, lança o ser-aí diante da liberdade e da responsabilidade de singularizar-se na escolha de suas possibilidades próprias. É nesse contexto que situamos o modo de cuidado da propriedade. O cuidado, no modo próprio, se dá pela via da *preocupação*, aqui a atenção não é direcionada a ações técnicas, no uso de objetos, mas sim voltada ao próprio ser, que pode ser o outro ou si próprio. Heidegger situa a condição de ser enquanto cuidado, como forma de demarcar também a responsabilidade que cada um tem por si como ser-no-mundo. Deste modo, “ser descuidado é aqui um modo de assumir a determinação ontológica de si mesmo como cuidado” (Casanova, 2021, p.132), ainda que um cuidado negligente.

Percebemos no relato de alguns participantes, momentos em que se apropriam de uma perspectiva de cuidado, em que se situam em relação a própria responsabilidade com a saúde. No relato de João (43 anos), por exemplo, nota-se um momento de sua vida, em que ele lida com a angústia de ter que rever suas escolhas: “*eu tinha um estilo de vida bem agressivo, que não era muito bem cuidar da saúde, e sim acabar com a saúde, (...) quando me deu alguns sinais, eu falei: não, tenho que fazer alguma coisa, se eu continuar desse jeito, vou morrer*”. É a partir disso que ele passa a rever seu modo de se posicionar na convivência social, os seus hábitos voltados ao consumo de bebidas alcoólicas e de uma alimentação desregrada.

É preciso considerar que o modo de cuidado ‘próprio’, pela preocupação, pode ser discernido de duas formas, uma pela via da ‘substituição’ e outra pela via da ‘anteposição’. Estes dois modos são importantes para situarmos como, em uma perspectiva de gênero, o cuidado é compartilhado entre os homens e as mulheres. No modo substitutivo, como o próprio nome sugere, quem cuida assume todas as “ocupações” liberando quem é cuidado deste papel (Sá, 2000); de um lado, quem é cuidado pode tornar-se dependente, mas aqui pensando nas

relações entre homens e mulheres, podemos situar uma dependência que sustenta muitos ganhos e privilégios.

Em uma perspectiva de gênero, amparada no modo como as relações familiares são estabelecidas, podemos situar o ‘cuidado substitutivo’ como unilateral, sendo direcionado às mulheres esse papel, seja como mãe, esposa ou namorada. Compartilhamos da ideia de Geni Núñez (2021), de que todo “cuidado unilateral é extrativista” (p.114), isso porque geralmente se dá num modo de exploração e de desequilíbrio de ganhos. Diante disso, descentralizar a dependência, buscando formas de cuidado mais compartilhados, nos parece mais justo.

Uma das formas disso acontecer, se conecta com o segundo modo de cuidado próprio, o da ‘anteposição’. Neste quem é cuidado não é substituído, mas é convocado a se colocar diante de suas próprias possibilidades de ação. Desta forma, cabe uma pergunta disparadora: se as masculinidades fossem construídas mais próximas de funções de cuidado, essas que mulheres exercem na família, será que isso não auxiliaria também a entenderem o cuidado próprio como legítimo?

Ainda que façamos uma divisão entre estes dois modos de cuidado, o impróprio e o próprio, não a entendemos aqui como possibilidades que se alternam ou que são superáveis temporalmente, mas que sempre estão presentes e se articulam estruturalmente (Sá, 2000). Há certos modos de ocupação da vida cotidiana, que por vezes, não há o que se questionar. Consideramos aqui, modos de ocupação na impropriedade, que diz respeito a discursos hegemônicos, que cerceiam e delimitam modos de existir, que impedem o contato de um cuidado ontológico, um cuidado com a própria existência.

6.2 A disposição afetiva do Temor como distanciamento de Cuidado próprio

Uma das unidades de sentido apresentadas, diz sobre a postura de autossuficiência e não reconhecimento de riscos, como formas de posicionamento que dificultam uma relação de cuidado. A autossuficiência é geralmente atribuída a capacidade de viver sem depender de outro, ou ainda, não ter a necessidade de qualquer ajuda ou apoio em suas vivências. De modo geral, podemos reconhecer tal prerrogativa como duvidosa, porque “o mundo humano é essencialmente mundo da coexistência” (Augras, 2013, p.63), como ser-com-outro, somos seres sociais, de tal forma, que o nosso reconhecimento depende do encontro com os demais seres-

aí. No caso da vivência dos homens, há de se apontar, por exemplo, que o próprio modo de ‘ser-homem’ se dá em relação com o outro.

Então, em relação a que se sustenta esta noção de autossuficiência? A autossuficiência parece se sustentar como modo de autoafirmação e negação de tudo aquilo que pode questionar a masculinidade viril. Valeska Zanello (2018) sinaliza que a sexualidade e o trabalho são os principais modos pelos quais os homens sustentam a virilidade; sendo que possíveis impasses e dificuldades nestas duas esferas vivenciais, por vezes não são manifestadas pelos homens.

Assim, há uma recusa viril sobre qualquer manifestação de sofrimento, de modo que, “o homem viril, deve escondê-lo e superá-lo em silêncio” (Zanello, 2018, p. 182). Nota-se isso, na vivência de Glauco (72 anos), que apontou certa rigorosidade em seu compromisso com o trabalho, mesmo no contexto da hospitalização de sua esposa: “*Você acha que vai fazer, e é você que tem que fazer, tem que dar conta*” (sic). E também no relato de João (43 anos) que mencionou que evita compartilhar problemas pessoais com a família, por acreditar que ele precisa lidar sozinho: “*é uma coisa relacionada um pouco do meu perfil de achar que não gosto de ficar passando problemas para os outros*” (sic).

A virilidade que precisa ser reafirmada, como um modo de ser sustentar “forte”, é estabelecida a partir de ações que os distanciam de uma possível imagem de “covarde”, “frouxo”, “inútil” e “impotente”, que pode ser reconhecida entre os pares. O adoecimento, pode desvelar a percepção de uma vulnerabilidade, que pode ser entendida a partir de tais características. Assim, a condição de adoecer, pode remeter a ser “fraco”, “frouxo”, “impotente” e “dependente”. Em contrapartida, o ser “forte” ampara-se em características opostas a isso, como a autossuficiência, e a coragem que parece ser entendida como o oposto do medo, ser corajoso é não ter medo.

Na fenomenologia heideggeriana, o temor (medo) e a coragem são compreendidas num sentido compartilhado, de modo que, só é possível ser corajoso, ao reconhecer-se no medo, ou seja, o “temor é a condição de possibilidade da coragem” (Feijoo, 2011, p.54). O temor, como disposição afetiva, nos torna mais sensíveis aos riscos, tendo um papel considerável na própria construção da vida cotidiana. No temor, “há sempre algo que se anuncia. Esse anúncio diz respeito a algo ameaçador, à destruição que traz em si uma possibilidade de aniquilamento daquilo que se é” (Feijoo, 2011, p.54). Ou seja, o temor evidencia o caráter de fragilidade e vulnerabilidade frente àquilo que ameaça a existência; temer é um modo de entrar em contato com a integridade física (Feijoo, 2011).

Casanova (2021) aponta que “diante daquilo que o atemoriza, o ser-aí foge em direção a um espaço no qual a ameaça não se apresenta mais” (p. 121), numa tentativa de encontrar uma estabilidade confiável, por esta razão, o temor pode ser considerado uma maneira imprópria da angústia se manifestar, pois o temeroso se sente inseguro diante do mundo e se fecha diante dele. No entanto, podemos afirmar que o temor, também pode ser abertura para um cuidado, pela via da preocupação, ao se aproximar e deixar que se revele os seus sentidos.

No relato de Carlos (54 anos), por exemplo, ele menciona “*eu tenho mais medo da doença do que ir no médico (sic)*”. O participante parece reconhecer os riscos vinculados a um possível adoecimento, afirmando uma preocupação com condições de agravamento. Já João (43 anos), relaciona a condição de não ter medo, com o “ser forte”: “*Eu acredito que o homem do fato de ele ser mais forte, de ele não ter medo, acaba achando que não é nada (sic)*”. O participante menciona que a falta de preocupação dos homens, muitas vezes está atrelada ao distanciamento da condição do temor.

Há de se reconhecer que aquilo que se teme, é construído a partir da significância sedimentada do mundo, ou seja, compreendemos dentro das nossas relações, aquilo que devemos temer. Nos *scripts* sedimentados dos modos de ‘ser homem’, eles próprios entendem o que precisam temer. Deste modo, podemos questionar: se a masculinidade precisa a todo momento ser reafirmada, ela mesmo não se dá numa relação de construção pautada no temor? Na qual a sua condição de ser ‘homem’ é constantemente ameaçada?

A fuga, diante de uma condição de temor, se dá na correspondência daquilo que é convocado do mundo em sua facticidade, deste modo, recai-se na impropriedade, se ocupando de ações que o distanciam do perigo de não ser reconhecido em sua masculinidade. Como aponta Sócrates Nolasco (1993) em sua obra, o “*O Mito da Masculinidade*”, “os homens foram socializados para esconderem-se deles mesmos e dos outros. O temor em fracassar diante da batalha faz com que incorporem uma visão do mundo plana, higienizada (...)” (p.101).

A condição de temor condiz com o julgamento social, principalmente de outros homens, desvelando a dificuldade que eles próprios têm de relacionar-se com a alteridade, de se reconhecerem em outros modos de agir e principalmente deixarem isso aparecer na relação com o outro. Um exemplo disso, podemos situar na fala de Willian (20 anos), no trecho que ele menciona: “*Eu tinha que colocar na minha cabeça: não, eu sou homem igual a eles, eu não posso pedir ajuda também. Depois, que me entendi como homossexual, pensei, mas que bobagem, que coisa ridícula, e eu posso ser frágil sim, eu posso ser forte também, e tá tudo*

bem”. Na fala do participante, percebe-se que inicialmente havia a exigência de ser como os demais homens de seu convívio, e a partir do momento que assume sua orientação sexual, reconhece um modo de se expressar, mais coerente consigo próprio, entendendo inclusive que poderia solicitar ajuda.

Na relação com o outro, o ser-aí exerce uma espécie de ‘solicitude’, seja marcada pela indiferença, pela hostilidade ou aversão, ou ainda aceitação e amorosidade. No entanto, há um modo de solicitude, na qual o outro é a “presença abstrata do ser coletivo” (Nunes, 2001, p. 58), ao qual Heidegger atribui a condição impessoal, do “*a gente*”, como instância reguladora do cotidiano. Como aponta Nunes (2001): “Quem é o outro, não se sabe, ele está em toda parte; são todos e é ninguém; é como um gigantesco indivíduo sem rosto” (p.58).

bell hooks (2021) contribui com essa discussão, ao evidenciar como os meninos são socializados nesta necessidade de afirmação da masculinidade:

A partir do momento que os meninos pequenos são ensinados que não devem chorar nem expressar mágoa, solidão ou dor, que devem ser duros, eles aprendem a mascarar seus sentimentos verdadeiros. Na pior das hipóteses aprendem a nunca sentir nada. Essas lições muitas vezes são ensinadas a meninos por outros homens e por mães machistas. Mesmo meninos criados nos lares mais progressistas e amorosos, cujos pais os encorajam a expressar emoções, aprendem uma concepção diferente de masculinidade e de sentimentos no parquinho, na sala de aula, praticando esporte ou assistindo à televisão. Eles podem acabar escolhendo a masculinidade patriarcal para serem aceitos por outros meninos e ratificados por figuras de autoridade masculinas (pp. 80-81).

Segundo a autora, este distanciamento afetivo, demarcado desde a infância, acarreta tanto em uma inabilidade em estabelecer conexões com o outro, mas também na dificuldade de reconhecer e assumir uma responsabilidade diante de comportamentos violentos, principalmente direcionados às mulheres. Homens que não se conectam com os afetos, tendem a ter dificuldade de reconhecer a legitimidade das demandas afetivas dos outros.

O modo como os meninos e homens se filia a essa masculinidade patriarcal ou hegemônica, se dá pelo que Welzer-lang (2001) situou como a “casa dos homens”, em que constantemente passam por provas numa tentativa de confirmação da masculinidade, que se dão em performances contra si, neste distanciamento dos afetos; de outros homens pela competição e contra as mulheres, numa relação de poder desproporcional, e por vezes, violenta.

Isso nos faz pensar, que a relação de temor dos homens, está direcionada à garantia de segurança, de suas ‘identidades masculinas’, dentro dos padrões hegemônicos, para que se

mantenham intactas. É uma tentativa de prender-se ao idêntico, para encontrar nele a segurança. Enquanto se mantém direcionados a essa tentativa de preservar o “ser homem” sob a tutela do outro, isso por si só, parece dificultar o modo como se afinam com tonalidades afetivas, como a angústia, essenciais para a apropriação de um cuidado próprio.

6.3 Ser-com-outro como cuidado em saúde existencial

Outro modo alternativo à autossuficiência, ao distanciamento de expressões de vulnerabilidade, é o caminho de um ser-com-outro que permita conexões de intimidade. Ao longo das entrevistas, alguns participantes mencionaram o quanto a rede de apoio foi fundamental em contextos de adoecimento, e ainda que alguns não tenham reconhecido tais espaços como cuidado em saúde, em seus relatos parece que o ‘estar-com’ foi imprescindível no reconhecimento de autoestima e aceitação.

Ao me situar no modo como os homens constroem vínculos, lembrei-me de um atendimento clínico, em que o cliente, um homem jovem heterossexual, relatava a falta que sentia de um relacionamento amoroso. Na ocasião, busquei indagá-lo sobre essa falta, e ele mencionava que era falta de alguém com quem pudesse compartilhar vivências, aqui em questão, era sobre essas vivências que envolviam vulnerabilidade, de dividir o desconforto de problemas rotineiros. Nota-se que ele não conseguia reconhecer a possibilidade de se colocar vulnerável em vínculos de amizade com outros homens ou na família. Trouxe esse relato, justamente para situar o quanto os homens podem se posicionar de formas restritivas em seus vínculos, centralizando o amparo, enquanto cuidado, como papel da mulher.

Como já apontamos, a ideia de autossuficiência não se sustenta, isso porque sempre estamos em relação com o outro, os vínculos são inerentes a nossa existência, como ser-no-mundo. Entretanto, na situação exposta, o sentido do vínculo está voltado à esfera da vulnerabilidade. Mas o que seria essa vulnerabilidade? Compartilhamos da descrição de Cabral (2021)

Por um lado, a vulnerabilidade assinala o fato de cada vivente depender de outros viventes para ser quem é. Essa suscetibilidade às alteridades se identifica com a noção de vulnerabilidade. Por outro lado, a vulnerabilidade caracteriza o fato de os viventes poderem deixar de existir justamente porque são suscetíveis às ações dos demais seres. Nesse caso, a vulnerabilidade se identifica com a noção de *fragilidade*. Em um terceiro sentido, a vulnerabilidade assinala a possibilidade de uma vida perseverar sendo quem é por meio de uma qualidade específica, a saber, um modo de ser sofredor (p.22).

O autor pontua três modos expressivos da vulnerabilidade, que atrelado às masculinidades isso parece ser vivenciado de forma distante. Primeiro, porque a aceitação da alteridade é interpelada pela masculinidade hegemônica, que passa a ser a única referência, demarcada como aceitável. Já sobre a vulnerabilidade vinculada aos riscos de deixar de existir, vinculado a morte, como apontado, os homens tendem mais a se expor diante deles, do que a evitá-los. E por último, a vulnerabilidade que envolve a afinação com tonalidades afetivas fundamentais, como o medo, a angústia e o tédio, como modos de sofrimento, por vezes não são reconhecidos por eles. É esta última característica da vulnerabilidade, que queremos pensar nos vínculos, principalmente os de amizade.

Com base nisso, buscaremos tecer uma reflexão sobre como os homens constroem vínculos, trazendo elementos das vivências dos participantes, bem como tentando lançar algumas questões gerais sobre os espaços de sociabilidade entre eles. Consideramos que os vínculos podem representar tanto uma forma de cuidado com a saúde, em seu sentido existencial, bem como podem ser adoecedores.

Uma das formas de se sustentar os vínculos é pela linguagem, na comunicação verbal, na relação com o outro. O discurso enquanto um fundamento ontológico-existencial se dá pela linguagem. Heidegger (2012), define a abertura que somos constituídos a partir da *compreensão*, da *disposição* e do *discurso*, não há uma sobreposição hierárquica entre os três, entretanto, “o discurso é a instância ontológica de amarração da análise existencial de abertura” (Duarte, 2005, p.135). No discurso pela linguagem é que se mostra os modos de compreensão e os modos de afinação com o mundo pela disposição afetiva. Como sinaliza Heidegger (2009), em “*Seminários de Zollikon*” “o essencial da linguagem é o dizer, que uma palavra diga algo e não tenha um som. Que uma palavra mostre algo” (p.223).

A compreensão enquanto abertura se apresenta como desdobramento de possibilidades de ser em contextos específicos de referência no mundo, e isso é apreendido a partir de uma certa disposição ou tonalidade afetiva, como a angústia, o tédio e o temor. As tonalidades afetivas enquanto disposição, por sua vez, revelam sentidos sobre certas relações com os outros e consigo próprio, e é pela linguagem que isso é reconhecido e expressado.

Assim a linguagem não pode ser entendida somente como um veículo de informações, mas sim como uma estrutura que permeia a coexistência com o outro, como situamos anteriormente, os homens se apropriam da masculinidade patriarcal e hegemônica em modos de coexistir em espaços que demarcam expressões discursivas de “ser homem”. Desta forma,

cabe situar a diferença entre o ser-aí “ter” a linguagem como capacidade da fala, e “ser” por meio da linguagem, manifestar o próprio existir.

Todas essas possibilidades de abertura no mundo — a compreensão, a disposição e o discurso — serão moduláveis segundo os modos da impropriedade e propriedade que já situamos. Sobre o modo do discurso na impropriedade, Heidegger caracteriza-o como “falatório” (*Gerede*). O falatório “regula o que e como se fala cotidianamente, porque define e circunscreve não apenas a compreensão de ser vaga e mediana em que o ser-aí já sempre se move, mas também suas disposições possíveis” (Duarte, 2005, p.138). Tanto a fala, quanto a escuta no falatório esconde e oculta aquilo que se quer mostrar, assim, é um falar e um escutar desatentos, sem esforço; situando-se em um modo privativo de abertura, de repetição, em uma superficialidade de contato.

Apontamos que os homens são situados em modos que os distanciam do “sentir”, atrelado aqui as disposições afetivas, então, podemos afirmar que isso conseqüentemente afeta como se situam no discurso, em seus modos de se expressar, diretamente ligada a constituição de vínculos de confiança. Assim, ainda que o *falatório* seja um modo discursivo de ser, em que todos estamos inseridos, tentamos resgatar aqui, o quanto na vivência dos homens ele pode ser estruturante no modo de sustentar a masculinidade. O *falatório*, enquanto um modo de fechamento de abertura, constitui também um “desarraigamento da compreensão do ser-aí” (Duarte, 2005, p.139). O desarraigamento condiz com uma perda de relação originária com o mundo, com os outros e consigo mesmo, um desenraizamento do próprio ser, ao viver num modo dispersivo de si.

Um contraponto a isso, seria uma vivência em que se aproximassem mais dos afetos, pelo modo de cuidado da propriedade. Como já situado, é justamente quando o referencial cotidiano é perturbado, por imprevistos e dificuldades, que pode aparecer o estranhamento como atmosfera para a angústia. E nas entrevistas, pelo relato dos participantes, ficou evidente o reconhecimento das redes de apoio em contextos que se perceberam adoecidos ou em contextos de sofrimento. No relato de Artur (28 anos) ele menciona que um dos espaços que ele foi aprendendo a se expressar, foi justamente na psicoterapia. Segundo ele: “*Teve dias que eu tava muito carente e chorava na sessão, né? Foi muito difícil conseguir encarar meu sentimento de depressão, foi muito difícil para mim, mas consegui (...) eu tive que começar a falar, elaborar, né? Colocar pra fora, pra tentar me entender*”.

Nas entrevistas, não foi dado um enfoque central sobre como compreendiam esses vínculos de proximidade e de apoio. Mas percebeu-se a valorização tanto de vivências mais grupais, voltadas a atividades específicas, como também referências de amizades de longa data, que reconheceram como pessoas confiáveis. No âmbito do diálogo, somente Artur (28 anos) e Miguel (35 anos) apontaram que conseguem expressar vulnerabilidade dentro destas relações, mas também evidenciaram o quanto é difícil. Segundo Miguel (35 anos): *“Ou eu falava com alguém, ou eu, ia ficar mais perdido, mais maluco, e eu fiz essa escolha por mim. Mas não é um processo fácil, não é sempre que isso acontece, não é com essa facilidade, foi um processo, foi de entendimento”*.

Também foram mencionadas dificuldades de dialogar dentro na família, remetendo a situações do passado, como infância e adolescência. João (43 anos), por exemplo, menciona um contexto familiar em que não tinha diálogo: *“eu acho que é uma coisa minha, da minha criação, alguma coisa ali que se criou ali na educação, algum bloqueio talvez, mas eu acho que se eu conversasse seria bem melhor”*. Entretanto, o participante reconhece a importância do diálogo, mesmo evidenciando que tende a se fechar na relação com a esposa e os filhos.

Já Artur (28 anos), um homem mais jovem, apontou a dificuldade de se colocar vulnerável diante do pai, que se demonstrava contrário a manifestações de sofrimento. Em suas palavras: *“Porque ele sempre foi muito grosso comigo, né? Nunca fui muito gentil, assim. Ele sempre ficou bravo da forma que eu estava, né? Mas essas coisas estavam acontecendo, né? (...) Eu tinha um pai presente na minha vida, mas não tinha um pai que era meu amigo, né?”* (sic). O relato de Artur sinaliza uma dificuldade muito presente entre os homens, que não conseguem demonstrar amorosidade e vulnerabilidade na relação com os pais, ou ainda, com os filhos.

No campo das amizades, nos relatos de João (43 anos) e Glauco (72 anos), também ficou evidente uma percepção dos vínculos amparada mais no incentivo e ajuda em atividades rotineiras. No caso de João, no grupo de ciclismo, ele relata: *“Aí comecei a pedalar com eles e comecei a conversar, trocar ideia, fazer amizade e tal e comecei a gostar. Aí eles começaram também me elogiar”*. O ambiente de informalidade, a troca de experiências e o incentivo do grupo, favoreceram com que ele mantivesse o hábito da atividade física.

Souza & Hutz (2007), em um estudo exploratório sobre a percepção que homens e mulheres têm de seus vínculos de amizade, apontaram que as amizades masculinas são geralmente representadas mais no engajamento de atividades agradáveis, de interesse em

comum, de interações mais instrumentais e diretivas, no sentido de um apoio “lado a lado”. Já nas amizades entre as mulheres, há mais expressividade afetiva e se dão mais “face-a-face”.

Há de se considerar a constituição histórica sobre esses modos de se expressar nos vínculos. Como já apontamos, o projeto da modernidade passou a estruturar uma lógica binária para designar muitos modos de se viver, de produzir os conhecimentos, e de demarcar lugares de poder. No campo da sociabilidade, principalmente relacionada às questões de gênero, há estudos que evidenciam como a modernidade diluiu o campo das amizades a uma esfera isolada e privativa. Ortega (2002) aponta que as principais marcas da modernidade, foram justamente o individualismo, a privatização e a despolitização. Neste contexto a família assume uma centralidade, sendo configurada como o núcleo de segurança e afetividade. Segundo o autor:

A entrada da homossexualidade no campo da reflexão médica na segunda metade do século XIX é uma das causas principais do declínio da amizade nas sociedades ocidentais. (...) A criação da categoria “homossexualidade” por um saber médico derivará numa desconfiança e receio ante as relações de amizade íntima, as quais estarão, doravante, sob ameaça do desvio (Ortega, 2002, p.144).

A homossexualidade passa a ser apontada como ameaça a constituição da heterossexualidade entre os homens adultos, de forma que, todas as relações com demonstrações de afeto passam a ser extremamente vigiadas, principalmente entre os adolescentes. Ortega (2002) aponta que é neste contexto que os homens passam a ser coibidos de demonstrarem afeições entre si; as expressões espontâneas de afeto, são substituídas, então, por um ideal de virilidade e fraternidade, que perduram até hoje.

Assim, ainda que tenha um clima de desconfiança, no qual os homens se autocontrolam em seus modos de se expressar nas amizades, eles também sustentam uma fraternidade, que Valeska Zanello (2018) denomina como “broderagem”, fazendo alusão ao livro “*O código Bro*”, da série “*How I Met your Mother*”. Segundo a autora, a “broderagem” reforça uma solidariedade e apoio entre os homens, que se situa, por exemplo, no silêncio protetor de violências cometidas ou mentiras contadas, principalmente contra as mulheres. Assim, como apontado no *Código Bro*: “Os bro antes das minas. O elo entre dois homens é mais forte que o elo entre um homem e uma mulher (...)” (Zanello, 2018, p.225). Esse modo de sociabilidade, diz respeito principalmente aos vínculos de homens heterossexuais.

Nascimento (2011) aponta, ainda, que nas amizades masculinas, há modos de descontração, por meio de brincadeiras jocosas, como provocações, sátiras, desafios ou apostas,

que também revelam um clima de tensão. Isso porque, por um lado, essas amizades se sustentam na fraternidade que apontamos, em que há uma reciprocidade em certos modos de se expressar; por outro lado, há uma fiscalização da virilidade, que demarca um clima de competição entre os homens. Assim, a tensão entre reciprocidade e competição, parece ser uma expressão no modo como os homens estabelecem vínculos entre si.

Para além da questão de gênero, podemos situar que a contemporaneidade, marcada pelo avanço tecnológico, conduz a uma sociabilidade mediada pelas tecnologias da informação (TIC). Tais tecnologias ampliam em partes as possibilidades de contato, entretanto, modificam o modo como os vínculos são mantidos. Além disso, a lógica privativa e individualista da modernidade, promove condições de isolamento e desinteresse na convivência e manutenção de espaços coletivos de sociabilidade.

A sociabilidade, como modo de ser-com-outro, configura-se como potencial existencial, que permite reafirmar sentidos sobre o seu existir, de se situar sobre sua própria identidade e sobre posicionamentos sustentados na relação com o outro. Em contextos de existências invisibilizadas, os vínculos enquanto cuidado, também são uma forma de reparação histórica, através do fortalecimento de iniciativas coletivas. Como aponta Geni Núñez (2021):

Nos processos de autoestima, nós nos formamos em relação – a maneira como nos vemos é profundamente afetada pelo modo como nos veem. No entanto, se nos veem através de uma lente racista, misógina, transfóbica, o reflexo do espelho relacional é quebrado, dolorido, distorcido. Construir terrenos relacionais em que possamos ser vistos/as/es com dignidade é parte intrínseca do processo de nos enxergarmos de modo saudável também (pp. 114 -115).

Neste sentido, entendemos os vínculos, como a amizade, como temática de reflexão política, que possibilita a experimentação de novas formas de sociabilidade mais saudáveis, menos rígidas e dicotômicas, que repense a lógica individualista e se coloque em ações que valorizem mais o coletivo. O exercício da coletividade é uma forma de descolonização, na medida que desconstrói iniciativas individualistas e reforça as grupais, bem como, redistribui o cuidado, que deixa de ser unilateral e passa a ser compartilhado (Núñez, 2021).

Compartilhamos da perspectiva de Julieta Paredes Carvajal (2020) de que uma proposta alternativa à sociedade individualista, é a construção de comunidades, que não se sustenta em hierarquias hegemônicas. Como aponta a autora: “(...) a comunidade não é um gueto nem uma reserva, é uma comunidade viva, que se move e se projeta, construindo também complementariedades não hierárquicas, reciprocidades e autonomias com outras comunidades”

(p.201). Esse modo de situar os vínculos pela coletividade não hierárquica é compatível com uma perspectiva de ser-com-outro, em modos de cuidado mais saudáveis.

Numa perspectiva de gênero, atrelada às masculinidades, reconhecemos que o afastamento de expressões de vulnerabilidade nos vínculos, contribui para um modo de sociabilidade atrelado a competição, negligência de responsabilidades e isolamento. O exercício de uma sociabilidade coletiva, não hierárquica, pode ser um caminho assertivo na discussão sobre masculinidades e o cuidado com a saúde e adoecimento. No Brasil, há referências de projetos sociais voltados a essa iniciativa, uma delas é o Instituto Papai, desenvolvido pelo Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, e coordenado pelos professores Benedito Medrado e Jorge Lyra (docentes da Universidade Federal de Pernambuco e cofundadores do Instituto PAPAÍ). O Instituto Papai promove inúmeras campanhas como modo de discutir questões de gênero, dentre elas, há grupos voltados aos homens, como espaços de exercício de uma coletividade.

6.4 A temporalidade acelerada e o trabalho como dinâmica existencial

A relação com o trabalho, também foi outra unidade de sentido identificada como um espaço no qual os homens teriam uma relação de obrigatoriedade, dificultando a busca pelos serviços de saúde. Parte disso, vincula-se ao papel de provedor do lar, de se reconhecerem como os principais responsáveis pelo financeiro na família; mas também por entenderem o compromisso em suas funções laborativas como uma regra inegociável.

De modo geral, entendemos o trabalho como um dos espaços que mais ocupa tempo e disposição das pessoas. Há inúmeros estudos que apontam que os brasileiros passam em média 25 anos trabalhando, e que jornadas extensas de trabalho estão vinculadas ao aumento no número de doenças cardíacas, entre homens de meia-idade e mais velhos (BBC News, 2021). Há de se apontar, ainda, que o tempo quantitativo ligado ao trabalho, no desempenho das atividades e nas horas que precisam ser cumpridas, também demarca o próprio benefício da aposentadoria, aprovado por meio da comprovação do “tempo de contribuição” e da idade mínima aceitas como exigências básicas.

Segundo Ricardo Antunes (2018), em sua obra “*O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*”, “na atual fase do capitalismo, o domínio do trabalho, é mais do que nunca, domínio do tempo de trabalho” (p. 135). O tempo passa a ser comprimido,

há uma densificação da jornada de trabalho, em que certas atividades são exigidas em tempos mais curtos, ou ainda, o que antes era realizado por mais trabalhadores, é executado somente por um. Antunes (2018) evidencia que isso se relaciona a um contexto de flexibilização, que tem impactado diretamente nas relações de trabalho, “seja na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista e nas diferentes formas de contratação da força de trabalho” (p. 135).

As condições de adoecimento no contexto de trabalho, podem ser tanto em relação à função que o trabalhador executa, como o exercício de funções repetitivas, bem como podem remeter a própria dinâmica do trabalho, como as relações hierárquicas, a estrutura do ambiente e as regras institucionais. Na vivência dos participantes, Artur (28 anos), por exemplo, relatou uma preocupação com a sua exposição a fumaça no trabalho; já José (60 anos) mencionou os agravos em sua saúde, por conta do esforço físico do trabalho braçal.

Se o trabalho constitui boa parte da existência humana, cabe interrogarmos se ele tem sido mais promotor de potencialidade de saúde ou de adoecimento? Antônio Bispo dos Santos, em sua obra “*A terra dá, a terra quer*” (2003), apresenta que na sociedade atual ainda estruturada no colonialismo, “o mundo do trabalho não é mais o mundo em debate (...), está sendo substituído pelo mundo do saber, pelo mundo do viver” (p. 32), de tal forma que a vida, de modo geral, passa a ser constituída a partir da lógica do desempenho e utilidade presentes no trabalho. Assim, o tempo é acelerado, cerceado por muitos compromissos e metas a serem cumpridas, em que constantemente precisa-se negociar um compromisso em detrimento de outro.

Ailton Krenak, ativista indígena, em sua obra “*A vida não é útil*” (2020) aponta que “nossa ideia de tempo, nossa maneira de contá-lo e de enxergá-lo como uma flecha — sempre indo para algum lugar —, está na base do nosso engano, na origem de nosso descolamento da vida” (p. 40). A ideia apresentada pelo autor de “descolamento” evidencia um modo de existir automatizado, a ponto de que, quando não há o que corresponder, quando não há solicitações, o ser humano tende-se a se ver em um “vazio” de sentido (Silva & Décio, 2020).

Podemos situar um exemplo disso na vivência de João (43 anos), que precisou se isentar do trabalho por conta de uma lesão na coluna, e segundo ele: “*Quando eu tô parado, eu não tô feliz, não. Eu preciso estar produzindo. Aí, quando eu tô parado, eu tenho que produzir. Aí eu tô lendo, porque a única coisa que você pode fazer parado é leitura, né?*” (sic). O vazio, diante da falta de solicitações, pode ser experienciado em forma de tédio, isso porque, “nos

vemos entediados quando algo se interpõe em nossa existência e nos obriga a abandonar temporariamente o salto incessante de uma atividade para a próxima” (Casanova, 2021, p.5). O tédio convoca novos modos de se distrair, muitas vezes numa lógica produtivista.

Como apontado na fundamentação teórica, a colonialidade delimita modos de ser, e se a temporalidade é um existencial na qual nos constitui, ela também será alvo desta engrenagem. A visão ocidental do tempo foi fortemente influenciada por uma noção de progresso e desenvolvimento, em que este passou a ser definido a partir de uma medida quantitativa, mensurável em horas e minutos, dias, meses e anos. A temporalidade é permeada por uma noção constante de superação voltada ao futuro, a pressa se estrutura em sempre se antecipar diante do que está por vir, em termos de demandas e prazos.

O tempo direcionado constantemente às atividades laborativas, por vezes, consolida uma concepção que outras atividades seriam uma “perda de tempo”. Percebemos isso nos relatos dos participantes, que apontaram que ficar doente pode comprometer o trabalho, que ir às consultas médicas ‘exige tempo’. Segundo eles, nas próprias instituições de trabalho, há uma necessidade de comprovação, por meio de atestados ou perícias que validem a necessidade de afastamento, e que todo o processo envolve burocracias. Além disso, reconhecem também o receio de serem vistos como “folgados” pelos pares, ou ainda, de serem demitidos, o que parece reforçar uma dinâmica de não reconhecimento das condições de adoecimento.

Assim, percebemos que o trabalho, na nossa sociedade, convoca um modo de viver utilitário e acelerado, comprometido com a lógica da ocupação, em que se absorve referências utensiliares, que delimitam o campo de escolhas de diversas ações cotidianas (Casanova, 2021). Com isso, há uma tendência de afastamento da compreensão de possibilidades mais próprias de ser, em que o cuidado não é negligenciado, o que percebemos nas vivências de alguns entrevistados.

Na fenomenologia heideggeriana, a temporalidade é entendida como ‘tempo vivido’, rompendo com a pressuposição de um tempo dado pela lógica cronológica, dos dias e horas. Heidegger questiona a visão ocidental de tempo, justamente por esta consideração do tempo como algo externo ao existir humano; o autor aponta que é pela temporalidade que o ser-ai se coloca em abertura no mundo. Esta forma de situar o tempo, permite-nos entendê-lo com uma dimensão existencial que não é igual para todos, por isso, pensemos em “tempo vivido” (Cardinalli, 2015).

Heidegger discute a temporalidade em três eixos: o passado, o presente e o futuro, mas situando-os como interdependentes. O autor prioriza o tempo futuro, por entender que o ‘vir a ser’ do ser-aí se dá a partir dele, ainda que em contato direto com o passado e o presente. Na relação com o futuro entramos em contato com nossos projetos existenciais, o que na atualidade tem sido vivido numa disposição de ansiedade e angústia. Em nosso tempo, diante da lógica gananciosa do “tempo é dinheiro”, temos nos afastado cada vez mais, daquilo que Heidegger aponta, como forma de vivermos nosso modo mais íntimo e próprio de ser, a compreensão de que o futuro também se dá numa dimensão finita, com a chegada da morte.

O morrer como possibilidade certa, convoca-nos à reflexão sobre os modos que estamos vivendo. Numa lógica temporal de apropriação constante, há o afastamento da dimensão finita da vida; de modo que, como aponta Krenak (2020) diante dos avanços científicos e tecnológicos “as pessoas acham que não precisam mais morrer. A ciência, a medicina criaram uma extensão da vida com mil aparelhos, mas deixando de fora a escolha das pessoas de viver dentro do ciclo da vida e da morte que a natureza proporciona” (Krenak, 2020, p. 37). A escolha aqui apontada pelo autor, refere-se a esse distanciamento da condição finita, em que a vida se situa sempre na relação constante do consumo e apropriação.

Ainda que Heidegger nos situe em um modo de compreender a temporalidade, que nos permita construir uma relação própria de cuidado; podemos recorrer à compreensão da temporalidade indígena, que percebe o tempo a partir dos ciclos da natureza, sob uma perspectiva holística. A temporalidade é delimitada em um ciclo contínuo desapressado, em que não há a necessidade de superar o passado. Ao valorizarem o conhecimento ancestral, situam as decisões do tempo presente e futuro, amparadas nessa interdependência do passado (Dino, Pankararu & Furtado, 2023).

O tempo é delimitado através das estações do ano e também dos movimentos dos astros no céu; com isso orientam-se no momento oportuno para o plantio, para a colheita, para a pesca e caça, e para os ritos religiosos. Este modo de situar o tempo, busca respeitar os processos da vida, sem que ela precise ser cronometrada. Segundo Krenak (2019) a nossa vivência ocidental do tempo

(...) é especialista em criar ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida. Isso gera uma intolerância muito grande com relação a quem ainda é capaz de experimentar o prazer de estar vivo, de dançar, de cantar. E está cheio de pequenas constelações de gente espalhada pelo mundo que dança, canta, faz chover. O tipo de humanidade zumbi que estamos sendo convocados a integrar não tolera tanto prazer, tanta fruição de vida (p.13).

O autor nos aponta que, por vezes, as pessoas que tendem a experienciar vivências que extrapolam a lógica da obrigatoriedade, geralmente são mal compreendidas. Isso porque, iniciativas que destoam da lógica do desempenho do trabalho, por vezes, são encaradas a partir de denominações, como a ‘preguiça’, a ‘irresponsabilidade’, o ‘fracasso’ e a ‘ineficiência’.

No caso da vivência dos homens entrevistados, a vivência temporal se centraliza no trabalho, então vivem numa busca incessante e engessada de reafirmar características permeados por esse espaço. Talvez o caminho para uma apropriação mais saudável, se estruture em permissões em que se reconheçam mais vulneráveis, o “não dar conta” aqui, pode ser uma forma de renegociar a relação com o tempo enquanto vida, permitindo novos fluxos, diferente da lógica do capitalismo em que “tempo é dinheiro”.

O modo de compreender a temporalidade a partir da ancestralidade indígena, nos ampara a pensar que os modos saudáveis de existir não se encontram na ideia de progresso e apropriação do futuro, mas sim na retomada das bases dos conhecimentos de culturas ameríndias. Talvez o futuro, ainda que no seu caráter indeterminado, possa assumir um compromisso de rever os processos de dominação sobre o tempo, deixando se fazer visíveis as memórias invisibilizadas pela colonialidade.

6.5 Corporeidade e vivências de Saúde e Adoecimento

Ao longo das entrevistas, os participantes situaram vivências que compreendiam como adoecedoras, dentre elas: episódios de acidente vascular cerebral (AVC), colecistite (vesícula inflamada), perda da visão, lesão na coluna, estresse, depressão, ansiedade e o sofrimento diante do luto. De imediato, poderíamos recorrer a uma separação, entre uma categoria física e outra mental. Entretanto, em uma perspectiva heideggeriana, como já apontado, nega-se a dicotomia interior e exterior, de modo que, o corpo não é situado como aparato orgânico. Heidegger, em “*Ser e Tempo*” (2012), afirma que a questão do ser do humano, não pode ser calculada em partes fragmentadas, como alma e corpo, deve-se pressupor um ser da totalidade.

Entretanto, percebemos a herança das teorias metafísicas, quando notamos a percepção de que o corpo é situado como se fosse um objeto que nos pertencesse. A corporeidade, como um dos existenciais do ser-aí, não se reduz ao corpo físico enquanto matéria, mas diz respeito a “qualidade de uma experiência intimamente ligada ao corpo” (Pompéia, 2003, p. 31). Nesse

sentido, como aponta Cardinalli (2015), “a dimensão corporal não é concebida como um funcionamento independente do existir humano, sendo compreendida como coparticipante das realizações humanas” (p.253).

Sendo a corporeidade, um dos existenciais do ser-aí, a saúde também não será entendida exclusivamente como “um estado, nem uma condição que se encontra e se mede na efetividade dos sinais, sintomas e alterações bioquímicas do corpo” (Nogueira, 2011, p.263). Na saúde, o corpo vivido, enquanto “corporar”, será compreendido em seu caráter de abertura no mundo, na concretização de possibilidades existenciais.

Diante disso, propomos uma discussão a partir de algumas vivências situadas pelos participantes, para pensar o quanto o ‘corporar’ pode ser vivido em um caráter privativo, incidindo em modos expressivos de adoecimento, mas também, o quanto em seu modo de abertura, pode ser potencializador de vivências saudáveis. Ainda que Heidegger, não tenha discutido com profundidade a corporeidade, nos apropriamos aqui de uma leitura feita por Pompéia (2003), a partir de uma perspectiva daseinsanalítica. Segundo o autor, o ser corporal existe ao mesmo tempo, em forma de indigência e de potência. Estas duas formas de exercício da corporeidade são importantes para pensarmos na relação saúde-doença.

A indigência remete às experiências de impotência, em que há a carência, a falta, uma perda, que pode ser expressa, por exemplo, na condição do envelhecimento. A primeira forma de indigência seria pela *necessidade*, que se expressa de forma imediatista, exige uma urgência do tempo, ela demarca o “eu preciso”. Geralmente, a necessidade diz respeito a condições fundamentais para preservar a vida, como suprir a fome, e proteger do frio.

Outra forma de indigência, seria pela *limitação*, que aparece na restrição de liberdade e autonomia, em que o corpo passa a ter limites configurados. Podemos situar isso, na vivência de Glauco (72 anos), que teve uma perda total da visão. Ainda que seja sobre a condição física do ‘enxergar’ aquilo que estava em seu campo de visão, que se perdeu; situemos a corporeidade na experiência concreta de ‘não poder’ realizar inúmeras atividades da rotina, tais como dirigir, ler o jornal pela manhã, escolher a roupa que iria vestir e encontrar objetos pela casa. A condição de privação, neste caso, se deu em relação a um projeto de vida que precisou ser revisto.

Como aponta Almeida e Araújo (2013), a deficiência visual, congênita ou adquirida, não é uma doença. Entretanto, há uma série de valores empregados socialmente, que reduzem o lugar da pessoa com deficiência à sua limitação visual, que deixa de ser visto como um ser humano integral, sendo percebido como “frágil”, “incapaz” e “faltante”, é justamente essa

percepção, que pode ser potencializadora de adoecimento. Glauco reconhece uma compreensão de adoecimento vinculada à perda da visão, por conta da perda de autonomia em sua rotina, em que se viu impotente.

Contudo, como situa Nogueira (2011), diante do adoecimento pode-se desenvolver uma “habilidade compensatória” da sua perda de liberdade, assim, o “não posso, não dou conta” é revisto para o “posso realizá-lo de uma maneira diferente”. Na vivência de Glauco (72 anos), ele evidencia que dentro de suas possibilidades, ele mantém a natação todos os dias, com o suporte de outras pessoas; o tempo que era destinado à leitura, hoje é voltado a visitar as músicas que mais gosta; acompanha o jogo de futebol pela narração de áudio e na companhia de amigos que o situam sobre o que acontece. Sobre essa possibilidade de reestruturar sua autonomia, ele aponta: *“Eu acho que todo mundo que vai perdendo sentido, vai perdendo o domínio do cotidiano dele, se ele consegue recuperar um pouco desse cotidiano, da autonomia dele, do cuidado dele com o corpo dele, isso aí é muito importante”*.

Outra forma de ser corporal pela indigência, se dá através da *dor*, a dor que não se limita só ao corpo, mas que pertence também à existência. Podemos situar isso, na vivência de luto de Pedro (66 anos), que mencionou sobre a perda de seu neto de dois anos: *“Mas essa dor na cabeça, mentalmente, não tem como tirar. Não tem remédio. Só o tempo, vai curar essa dor, né? Se é que vai curar, a dor permanece passando, né?”* O ser corporal, aqui, diz respeito a uma condição de presença que deixa de existir, diante da perda de alguém que se ama. A dor aqui não é eliminada, mas ela pode ser localizada a partir de outros sentidos. No caso de Pedro, ele menciona o cuidado com outros netos, relações que ele busca se fazer presente.

Sobre o corpo vivido em sua *potência*, Pompéia (2003) discute que ela se expressa em uma relação de poder, ter possibilidades diante do que fazer e viver, é um “poder fazer”; “poder ter prazer” e “poder ter a experiência do belo”. O ‘poder fazer’ diz respeito a esse agir, não só diante de fazer coisas concretas, mas todo o realizar humano na cotidianidade; o poder ter prazer evidencia as experiências prazerosas, sejam diante de necessidades básicas, bem como outras; e o poder ter a experiência do belo, um prazer vinculado aos sentidos, ver, ouvir, sentir, ter contato com o mundo, com coisas que se revelam em sua beleza.

Entendemos esse modo de vivência corporal como potencialidade de saúde, em que há o envolvimento com o corpo vivido, de uma forma mais presente. Willian (20 anos) trouxe um relato sobre algo que ele entende como uma vivência corporal prazerosa, e que contribui com a sua saúde: *“Uma coisa que eu acho que ajuda na minha saúde mental é tomar banho de*

chuva. Isso me dá um pico de felicidade (...), mas do nada assim, quando está chovendo, eu penso, e se? Por que não? Daí eu vou lá atrás da minha casa e tipo... É gostoso". O participante situa uma compreensão de experiência do belo, em que a chuva tem uma representação significativa.

Por outro lado, em uma vivência marcada pela depressividade, a experiência corporal do "poder fazer", "poder ter prazer" e ter contato com a beleza, pode se dar de uma forma restritiva. Na depressão se perde a receptividade aos acontecimentos do mundo. Castro (2021) aponta que na vivência da depressão pode-se restringir primeiro a experiência do valorar, e em seguida, a vivência do poder. Podemos situar isso, no relato de Artur (28 anos): "*tinha dias que eu ficava no meu quarto, não saía pra nada. Nem comia, nem nada. Ficava lá dormindo (...) o tempo passando, nem via, às vezes jogava no jogo*" (sic). O corpo vivido na depressão também experimenta uma espacialidade restritiva, geralmente ao ambiente mais próximo; no caso de Artur, ele relata uma condição de isolamento, principalmente em seu quarto.

Embora Heidegger, não tenha se delongado na discussão sobre a corporeidade, ele construiu uma perspectiva do corpo vivido como uma dimensão compartilhada à espacialidade do ser-aí (Castro, 2021). A espacialidade permite situar um corpo vivido, para além da matéria, mas como coparticipante dos espaços. É neste sentido que podemos falar de "corpo-território". Tal perspectiva é compartilhada pela cultura indígena, como aponta Geni Núñez (2023): "o binarismo dentro e fora é uma ilusão; o que existem são inter-relações, conexões, envolvimento. O corpo não tem paredes, é poroso ao vento, à água, ao sol. É na relação com os demais seres que nos fazemos no mundo" (p.119).

As nossas inter-relações têm se ajustado com modos instituídos pela colonialidade, do pensamento ocidental; Geni Núñez (2023) aponta a importância de questionarmos as "monoculturas", por representarem hegemonicamente um único caminho de experienciar a vida. A vivência corporal, por exemplo, é demarcada pelo dimorfismo sexual, em que o sexo biológico determina os modos 'adequados' de como os homens e mulheres devem 'corporar'.

Na vivência dos homens, a corporeidade precisa 'performar' características ditas como masculinas; assim, ora é um 'corporar' engessado e rígido, em negação a formas expressivas de agir, que possam corresponder à feminilidade ou a homossexualidade; ora precisa se impor dominante e ativo, como na sexualidade. De modo geral, os códigos da virilidade, nos quais os homens são introduzidos desde crianças, demarcam uma vivência corporal voltada a atividades

que exercitem uma relação de poder, de se manterem ativos numa performance de desempenho e protagonismo.

Vemos isso, nos esportes, espaços de competição, bem como de demarcação de força, através da imagem do ‘homem másculo’; também vemos nas relações sexuais, nas quais o homem sempre deve ser o “penetrador”, e nunca o “penetrado”. No âmbito da sexualidade, há ainda de se apontar, a questão racial: a corporeidade do homem negro é reduzida ao tamanho do pênis, a um suposto desempenho sexual incontrolável (Zanello, 2018).

Uma vivência corporal amparada no dimorfismo sexual, como mediador da identidade de gênero cisnormativa e da orientação sexual heteronormativa, por vezes deslegitima e discrimina outros modos de ser-no-mundo, como as identidades *trans*. Miguel, comenta que o processo de transição e o reconhecimento enquanto homem trans, foram fundamentais para a reafirmação de sua saúde. Segundo ele: “*Hoje eu consigo entender que a minha saúde, que o meu cuidado, que a minha cabeça, que o meu corpo é um todo, sabe? E é meu. Hoje eu tenho isso muito claro, com muito custo*”.

A cisnormatividade e a heteronormatividade são perspectivas hegemônicas de gênero, que apontam a identidade de gênero como aspecto naturalizante e indissociável dos aspectos biológicos. Entretanto, Ribeiro & Sales (2020) apontam que a identidade de gênero representa “a compreensão que a pessoa tem de si mesma, como ela se representa e como deseja ser reconhecida”. Entendemos esse modo de situar a identidade de gênero articulado à noção de saúde existencial; a saúde existencial evidencia um modo de cuidado próprio, em que cada um se reconhece em suas possibilidades de ser; ela dialoga com uma perspectiva de liberdade, de ampliar as relações com o mundo.

A normatividade presente em muitos discursos sobre a identidade de gênero, e o que representa as ‘masculinidades’ e ‘feminilidades’, perpetua modos de ser restritivos, que se encaixem em dicotomias engessadas. Como apontamos, na fenomenologia heideggeriana, as condições de adoecimento são entendidas diante de um caráter de privação da existência; as normatividades restritivas, ao apontarem determinadas existências como ilegítimas, não viabilizam modos expressivos de adoecimento?

Por um lado, as normatividades “produzem” a doença, ao situarem certos modos de existência como distúrbios e transtornos; como na transexualidade que já foi situada como “Distúrbio de Identidade de Gênero” no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Por outro lado, as normatividades se situam nas relações, em que pessoas trans,

por vezes, sofrem inúmeras restrições por não poderem se situar e ocupar certos espaços, é uma corporeidade e espacialidade negada socialmente. Aqui podemos pensar em existências expostas cotidianamente a contextos restritivos de exclusão e violência; como pensar em saúde existencial dentro desta lógica?

6.6 Estilo de vida e Atendimento Médico em um horizonte técnico de Cuidado da Saúde

A saúde é responsabilidade de quem? Esta questão disparadora é o ponto de partida para compreendermos duas unidades de sentido situadas nas vivências dos participantes. A primeira, é referente a ideia de estilo de vida saudável, amparada na atividade física e alimentação como hábitos centrais. Aqui se situa um modo de ser saudável em que foca na responsabilidade pessoal de um autocuidado. Já a segunda, refere-se aos serviços de saúde, seja no âmbito público ou privado, e de diferentes categorias profissionais; no entanto, situaremos a discussão sobre os atendimentos médicos, entendendo que esta categoria assume uma centralidade social, quando se refere ao cuidado em saúde.

Ao longo da nossa discussão apontamos o modo próprio de cuidado como algo central, na relação com a saúde existencial proposta pela fenomenologia heideggeriana. Quando situemos esse cuidado em intersecção com o marcador de gênero, ficou evidente a importância de os homens assumirem uma responsabilidade, para reestruturar uma dinâmica de cuidado mais compartilhada e justa, em relação às mulheres. Entretanto, buscaremos discutir aqui, outros aspectos sobre a noção de responsabilidade e autonomia como cuidado em saúde.

Na pesquisa, a maioria dos participantes apontou que os principais cuidados preventivos que possuem com a saúde são: a prática de atividade física e uma alimentação equilibrada. Atualmente, quando pensamos em “estilo de vida”, parece automático situar iniciativas como essas mencionadas pelos participantes. Segundo Roehe (2018), estilo de vida corresponde ao “conjunto de decisões dos indivíduos que afetam sua saúde e sobre as quais eles têm um certo controle” (p.135). Tais decisões, em uma perspectiva heideggeriana, diz sobre as possibilidades de ser que estão demarcadas no mundo. Assim, para haver um estilo de vida é necessário que nós, possibilitemos ser de um jeito ou de outro, diante do que está disposto em nosso meio. Entretanto, a noção de possibilidades também implica certas limitações, deste modo, não há como definir que elas são criações espontâneas realizáveis no mundo, mas elas se mostram tanto acessíveis, quanto inacessíveis a depender de diferentes marcadores sociais e culturais (Roehe, 2018).

Além disso, há de se considerar, que estilo de vida, não corresponde necessariamente a saúde, há muitos hábitos de um estilo de vida, que podem ser adoecedores. No relato de João (43 anos), ele menciona que antes da prática do ciclismo, sua rotina era voltada a um estilo de vida social, amparado no consumo frequente de bebidas alcoólicas. Consideramos, então, que um estilo de vida pode ser um dos modos de cuidado, em que cada um encontra formas únicas de se situar em relação a própria existência. O estilo de vida pode ser uma forma de eleger prioridades para a vida, enquanto entende quais possibilidades são significativas ou não, dentro de sua realidade.

Entretanto, sendo-no-mundo, somos afetados por uma cultura que defende determinadas possibilidades de ‘estilo de vida’, então podemos questionar, o que em nossa cultura favorece e reforça a alimentação e atividade física como uma vivência de saúde? Parte desta compreensão parece estar vinculada ao caráter biológico da saúde, em que cuidar da saúde é cuidar do corpo físico. Mas, além disso, a ciência moderna, ao prescrever a construção de conhecimentos por meio da mensuração, da objetivação e do cálculo, passa a também prescrever modos de cuidado, enquanto ‘estilo de vida’, amparados em tais perspectivas. Na alimentação define-se o que é permitido ou não comer, a quantidade exata para determinado objetivo, o que percebemos na atribuição de ‘dieta saudável’; nas atividades físicas define-se a frequência, as repetições e diferentes estímulos, a depender do resultado desejado. Neste sentido, a saúde também pode ser um artifício do mercado, em que se prescreve determinados produtos e serviços que correspondam aos objetivos a serem alcançados.

Não desconsideramos que a atividade física e alimentação, sejam cuidados legítimos com a saúde. Entendemos que a compreensão de “estilo de vida saudável” é válida na realidade dos participantes da pesquisa, situando também o contexto social do município de Maringá, considerado um dos municípios com melhores índices de desenvolvimento nacional, nos indicativos como educação, segurança, saneamento e saúde, destacados no IDGM (Índice de Desafios da Gestão Municipal) (GMC online, 2024).

Ainda que grande parte dos participantes sejam de classe socioeconômica baixa, notou-se que todos têm acesso à rede e bens de serviço em saúde, com certa facilidade. Além disso, ao situarem o estilo de vida amparado em tais hábitos, buscou-se compreender o modo como experienciam isso, como se afetam e quais os sentidos atribuídos. Em alguns casos, a atividade física é representada por momentos de socialização, em outros é imprescindível no alívio de dores por conta do trabalho ou ainda, como prescrição médica por conta de sequelas de adoecimentos.

Entretanto, é preciso considerar que a noção de estilo de vida não dá conta de muitas desigualdades sociais no cuidado com a saúde. Compartilhamos da exposição de Rita B. Barata (2009) que situa que o ‘estilo de vida’ pode ser conivente a uma perspectiva liberal de compreensão do processo saúde-doença, atribuindo a ideia de que cada um é livre para escolher a qualidade de vida que se almeja, seja da moradia, das condições de trabalho e no campo da saúde. Ou ainda, fundamentando uma compreensão de causa e efeito, em que determinados riscos de adoecimento sejam associados somente às escolhas individuais, fundamentando um discurso de culpabilidade individual.

Já Dina Czeresnia (2003) evidencia que o discurso de uma “nova saúde pública” no contexto de sociedades capitalistas neoliberais, teve como um dos eixos básicos a concepção de que promover a saúde é fortalecer a autonomia da população. Entretanto, a autora sinaliza a importância de considerar qual concepção de autonomia é construída; isso porque, diante de certas representações científicas e culturais, o exercício de uma autonomia pode ser regulado numa ideia de livre escolha, mas que atende a lógica de mercado. Essa pressuposição nos ajuda a pensar que a ideia de uma autonomia, favorece também a diminuição das responsabilidades do Estado, na construção de políticas públicas de saúde.

Interligado a isso, há o cuidado em saúde no acompanhamento médico, em que os participantes relataram uma percepção de que não se sentem acolhidos e não recebem uma atenção empática dos profissionais. Isso apareceu em falas como “*tem médico que nem na sua cara não olha*”, “*tem alguns médicos que não conversam*” e “*dá um medicamentozinho*”. Além disso, um dos participantes mencionou uma situação de atendimento em que se sentiu agredido e julgado pelo profissional. Assim, há de se apontar também que os serviços de saúde são espaços, que, por vezes, reproduzem iniciativas discriminatórias, barreiras na prestação de um cuidado em saúde a população representante de certas minorias.

Diante disso, a figura do médico é vinculada ao papel exclusivo da prescrição de medicamentos e as consultas médicas não são entendidas como possibilidades de cuidado em saúde mais preventivos, mas sim emergenciais. Como apontado, a maioria dos homens acredita que o momento ideal de buscar uma consulta é em um contexto em que não há como remediar. Em um contexto neoliberal, a dimensão cuidadora do trabalho em saúde se reduz a um posicionamento profissional ditado pelo distanciamento afetivo, estruturado sobretudo na ideia de uma neutralidade, e em medidas técnicas generalistas de intervenções. Esse contexto tem a colonialidade como pano de fundo, que estrutura formas hegemônicas de conhecimento (Mignolo, 2003) que não só oprime outras formas de saber, bem como vincula-se a

deslegitimação das vivências de quem acessa os serviços de saúde. Assim, os conhecimentos científicos sobre a saúde e doença são definidos por intermédio de modelos que descrevem e prescrevem sintomas e medidas de cuidado de forma técnica.

Nesse cenário, as *tecnologias leves* – vínculos, afetos, olhares e diálogo – na mediação cuidadora são substituídas por *tecnologias duras* – inúmeros exames, a medicalização, protocolos e procedimentos rígidos – situados em um distanciamento e hierarquização entre o profissional e o paciente (Merhy, 2005). Sobre a relação médico-paciente, é de saber que a maioria dos estudos tem dado enfoque ao papel do médico, justamente porque eles são situados como agentes centrais no cuidado com a saúde. De modo geral, discute-se que a comunicação tende a ser insatisfatória, já que os pacientes não são inseridos nas decisões sobre as medidas de cuidado, e veem os direcionamentos de forma vertical e impositiva. Entretanto, ainda que desaprovem a postura do médico, o lugar de saber destes profissionais não é questionado, evidenciando a centralidade que a medicina assume em decisões de cuidado em saúde.

O horizonte técnico no cuidado com a saúde atende a interesses hegemônicos sustentados no lucro, por meio de como os serviços de saúde são ofertados. Atualmente, as práticas seguem uma tendência de biotecnologia aplicada, que fortalece tanto a indústria farmacêutica quanto a de instrumentos médicos sofisticados, dando ênfase na cura e não na prevenção (Traverso-Yépez, 2001). Neste sentido, ainda que consideremos as questões de gênero, no sentido de os homens cuidarem do adoecimento em um estado mais agravado, há de se apontar que a lógica de cuidado técnica enfatiza esse caráter emergencial, isso porque, diagnosticar e medicalizar a vida é um objetivo de mercado.

Heidegger, ao situar “*A questão da técnica*” (2012), já apresentava uma perspectiva que corresponde ao atual cenário; conforme o autor, o horizonte técnico seria inevitável, mas o perigo desta condição se situaria no ‘esquecimento do ser’. Segundo o autor, tal esquecimento se daria não pelo uso da técnica e de objetos técnicos, mas de que a condição do ser passaria a ser reduzida à técnica, o ser humano e o mundo passariam a ser compreendidos pelas lentes da instrumentalidade. José Aravena-Reyes e Ailton Krenak (2018), em concordância com Heidegger, sinalizam que o desenvolvimento tecnológico estruturou uma inseparabilidade entre homem-tecnologia, a ponto de que a existência aponta sinais de esgotamento pelo uso e consumo desenfreado das tecnologias.

No âmbito do cuidado como promoção de saúde, as tecnologias têm sido inseridas a partir da prerrogativa de avanço na qualidade dos serviços de saúde, bem como na superação

de problemas antigos; por mais que tais avanços contribuam de alguma forma, a questão que vem sendo apontada é justamente o desequilíbrio nas ações, que envolvam interação de interesse e escuta e o uso de tais instrumentos tecnológicos.

Diante do atual cenário, parece emergente situar a quem se deve atribuir responsabilidades pelo cuidado em saúde. Quando discutimos sobre a saúde existencial, demarcamos o caráter do cuidado próprio, em que cada um se reconhece na sua própria existência, situando também uma responsabilidade pessoal em relação a isso. Aqui, a saúde diz respeito a como cada um assume uma postura de compreensão sobre como está vivendo, sobre o que na sua própria realidade destoa ou trava modos de existir mais saudáveis.

Entretanto, para situar esse cuidado próprio com a saúde, é preciso considerar o quanto a população está familiarizada com uma atenção e conhecimento sobre os próprios corpos. Considerando, se sabem diferenciar quando estão doentes e saudáveis, e se percebem o modo como se cuidam, se assumem esse cuidado ou delegam para outros (Bezerra, Cavalcanti & Moura, 2023). No relato de Miguel, por exemplo, ele evidencia que antes do processo de transição, entendia a saúde voltada ao corpo físico, e acrescenta que possivelmente sua família não conseguia apreender a saúde em sua integralidade, saúde voltada à existência: “(...) *a forma como eu cresci, por exemplo, de pensar, eu não conseguia ver a saúde se não fosse a física ali, né? Porque o resto não tinha. Então, nem sei se a minha mãe, se a minha família conseguia visualizar a saúde num contexto amplo, sabe? Porque, assim, várias situações não eram saúde, sabe? (...), mas de ficar realmente invisível, né? (Sic)*”.

Relatos como esses evidenciam que a saúde muitas vezes passa a ser visualizada ‘descolada’ da própria existência, voltada exclusivamente ao corpo físico, o que reforça esta perspectiva objetiva e técnica de cuidado. Isso porque, o próprio cuidado nos atendimentos médicos e de outros profissionais, encontra-se nessa estrutura. Reconhecemos que os serviços de saúde podem ser os primeiros espaços de contato, em que tanto homens quanto mulheres podem compreender a saúde, se situando em relação à própria existência.

Para isso, situamos a importância de que, nos atendimentos em saúde, os profissionais se coloquem diante de uma postura, que Paulo Freire (2020) chama de “curiosidade como inquietação indagadora” (p.33). Uma curiosidade que se situe como procura de esclarecimentos, como sinal de atenção, como possibilidade criativa de intervir de outros meios. Ainda que o autor direcione seus escritos para a educação, entendemos essa perspectiva como apropriada para a área da saúde, porque diz de um processo relacional compartilhado, entre os

profissionais da saúde e os usuários. Na saúde, tal movimento seria de um cuidado que considerasse as vivências dos usuários, seus saberes sobre os modos que aprenderam a lidar com o adoecimento e a saúde.

Tal compreensão de promoção de saúde vincula-se com as noções empregadas por Heidegger sobre o cuidado. Em um contexto em que as medidas de cuidado se sustentam exclusivamente no âmbito da técnica, a saúde é capturada como se fosse um ‘objeto’, nos quais os profissionais se ocupam a partir de protocolos e procedimentos fixos. O cuidado, em um modo de preocupação, ampara-se em um plano operativo de práticas em que busque “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento” (Ayres, 2004, p. 22).

Tais práticas de saúde, situando-se em seu sentido existencial, convocam dos profissionais da saúde, de diversas áreas de atuação, uma postura de abertura e entendimento das várias dinâmicas estruturantes que atravessam as existências, ora beneficiando alguns, ora os excluindo. No âmbito das questões de gênero, há de se considerar as masculinidades subalternas, que, por vezes, não encontram espaços de cuidado, por conta destas inúmeras barreiras fundadas na discriminação, que dificultam o reconhecimento de que podem ocupar certos espaços que lhes são de direito.

Diante do atual cenário, no qual os espaços de saúde são reprodutores de inúmeros discursos excludentes e hegemônicos, considera-se a necessidade de construção de intervenções que se pautem de uma perspectiva interseccional, que abarque as inúmeras categorias existenciais, na realidade concreta de cada usuário. Esse modo de compreensão de saúde se articula com o conceito de “saúde existencial” a qual expomos aqui, em que o cuidado da saúde tem a experiência de vida como ponto de partida.

7. Considerações Finais

Ao longo da fundamentação teórica, os leitores puderam perceber que a nossa discussão a todo o momento se amparava a questionar dicotomias centrais, tais como, homem/mulher, doença/saúde, masculinidades hegemônicas/subalternas. Entendemos que, embora nosso esforço e atenção, por vezes, em nosso próprio discurso, nos deparamos com elas, revelando o quanto isso continua enraizado no modo de construção das epistemologias, mas também em modos de se viver.

Entretanto, apontar as dicotomias coloniais, neste caso, nos parece assertivo, porque adentramos justamente a quem é favorecido nesta lógica dominante, e quais os impasses disso, ao pensarmos na saúde e adoecimento. Propusemos um modo de pensar a partir de interseccionalidades, que consideram os modos de se viver de forma mais complexa, não se reduzindo a uma lógica binômica. Consideramos, aquilo que Aravena-Reyes e Krenak (2018) sinalizaram, de que o fato de “existir uma realidade dominante, não pode ser confundido com a existência de uma única possibilidade do real” (p.145). Apontar as dicotomias, pode ser uma forma de encontrar as brechas na construção de uma condição plural da realidade, no encontro de novos saberes, novos modos de ser e existir no mundo.

Tentamos questionar o ideal da masculinidade hegemônica, nos comprometendo a pensar em um projeto de ‘ser homem’ mais plural, a partir de diferentes categorias relacionais, como a raça e etnia, a orientação sexual e a classe social. Entretanto, consideramos os limites daquilo que pode ser explorado aqui, de modo que, esta pesquisa não teve a intenção de esgotar as discussões sobre esta temática, mas de abrir novos caminhos no modo de se pensar as questões de gênero no âmbito da saúde.

Socialmente tem sido muito empregado o termo “*masculinidade tóxica*”, como modelo de uma masculinidade que repercute negativamente em ações voltadas tanto aos próprios homens, quanto em relação às mulheres. A “*masculinidade tóxica*” é atravessada pelo próprio modelo hegemônico de ‘ser homem’, que delimita modos de agir voltados à violência, que, por sua vez, se estrutura na homofobia, na transfobia, na misoginia e no racismo. Não é por acaso que, quando nos deparamos com notícias de violência, como casos de feminicídio, espontaneamente associamos que seria um homem o responsável por isso.

Entretanto, tentamos apurar nesta pesquisa, como a masculinidade hegemônica, conhecida também como “tóxica”, se perpetua nas próprias relações entre os homens, na relação

própria de cuidado com a saúde e adoecimento. Consideramos também modos de sociabilidade que reforçam e impõem um modo de ‘ser homem’, em que eles próprios se fiscalizam e reafirmam, seja via opressão, pelo medo, ou ainda, pela fraternidade, que se sustenta no silêncio diante de comportamentos abusivos. Entendemos que o silêncio, como propagador da manutenção da masculinidade hegemônica, ao mesmo tempo que legitima as violências, também cria paredes nas relações com os homens e entre eles próprios, isola, embrutece o modo de vivenciar a corporeidade e de se afinar com o mundo.

Ao longo da fundamentação teórica e em nossa discussão das entrevistas, a todo o momento nos dispomos de uma perspectiva de saúde existencial, amparada na teoria de Heidegger. A saúde existencial é entendida como uma existência livre no exercício de possibilidades de viver um projeto de ser, coerente com suas necessidades, afinado com uma rede de sentidos, em que cada um encontra seu próprio modo de sintonizar com o mundo. Já a doença, em seu caráter de privação de liberdade, de acessar toda a potencialidade da existência, de se ver encurralado a um modo de existir único.

Na fundamentação teórica, indagamos se o próprio modo como as masculinidades são construídas, por si só, já não são adoecedoras. Retomemos o sentido do termo “masculinidade tóxica”. O significado da palavra tóxico, remete a algo, nocivo, prejudicial ou fatal. A própria expressão parece nos dar indícios de que a construção das masculinidades, se dá em possibilidades adoecedoras, tanto para os homens, quanto para as mulheres. Assim, consideramos que não há como pensar em saúde existencial em um contexto permeado por inúmeras violências e negligências de cuidado, e sendo gênero uma categoria relacional, todos se afetam diretamente com isso.

Ao discutirmos como os homens se apropriam do que é “ser-homem” e como isso atravessa os modos de cuidado com a saúde e adoecimento, situamos determinados *existenciais* — a temporalidade, a corporeidade e o ser-com-outro — e também as estruturas ontológicas que situam a condição de abertura no mundo, como a compreensão, o discurso e as tonalidades afetivas. Notou-se que os homens entrevistados, se colocam numa prerrogativa de virilidade que se sustenta no ideal de autossuficiência, na coragem, no domínio e competência no trabalho, que conduz a um distanciamento de expressões de vulnerabilidade, de vínculos de intimidade e confiança entre os pares.

Entretanto, também foi percebido que eles reconhecem outros modos de agir, que seriam alternativas de cuidado em saúde, como dialogar, flexibilizar regras rígidas sobre o

desempenho em atividades laborativas e fazer os exames e consultas preventivas. O que elucida um modo de compreensão em que retira os homens de um lugar por vezes “infantilizado”, de que eles não sabem como se cuidar, de que falta um repertório de aprendizado.

Como pesquisadora, esta pesquisa me mobiliza tanto pela revolta, quanto pela curiosidade. A revolta parte deste lugar de entendimento, dos privilégios dos homens, que sustentam hierarquias em tantas esferas da vida, e da percepção de que muitos, não estão dispostos a revogá-las. No entanto, partindo das minhas vivências, tanto em um contexto rural, quanto urbano, também fui atravessada pela curiosidade e inquietação de compreender, como os próprios homens se apropriam da masculinidade, e se eles conseguem se aproximar dessas vivências afetivas pouco exploradas. Os homens dominam e ocupam muitos espaços de poder, mas no campo dos afetos, parece um território abandonado.

Com esta pesquisa, não buscamos situar as masculinidades num contexto de vitimização, em que as inúmeras violências seriam justificáveis a partir da pressuposição de que esses modos de agir, são consequências de uma ‘masculinidade determinante’, que os isenta de uma responsabilidade. Apontar as exigências da masculinidade hegemônica, permite-nos encontrar caminhos alternativos, na construção de masculinidades mais plurais. Masculinidades que assumam uma responsabilidade corajosa diante dos desafios de questionar os próprios privilégios, o silenciamento e a distância de espaços de diálogo que envolvam expressões de vulnerabilidade, como modos de cuidar de suas relações. Neste sentido, compartilhamos de uma perspectiva otimista de que novos modos de ser “homem” e “mulher” podem escapar de uma lógica dicotômica determinista. Como aponta Cabral (2021)

A condição humana não é marionete de qualquer tipo de determinismo. Suas calcificações podem derivar da força do hábito, dos apegos afetivos, da normatização comportamental, dos cacoetes derivados dos ritualismos religiosos ou laicos, do poder dos códigos morais, etc. contudo, nada totaliza a condição humana, que, vez por outra, vem ser outra, porque aprendeu a “dizer não”. Poder se recusar a ser o que é – eis o que somente uma condição intotalizável pode fazer consigo” (pp.148-149).

Entendemos que o “dizer não”, corresponde à busca de sempre repensar e se confrontar com diferentes categorias interseccionais que estruturam nossa vida, entendendo as normatizações que delimitam e restringem nossas possibilidades de ser. Entendemos o campo de cuidado com a saúde, como um território que ora pode contribuir e reforçar tais normatizações dicotômicas e deterministas, ora pode ampliar novos caminhos que fortaleçam iniciativas de cuidado amparadas na saúde existencial.

Uma das formas de romper com os determinismos, se dá justamente na ação, a ação como possibilidade construtiva de novas realidades. No âmbito da saúde, um cuidado interseccional, pode ser construído a partir da viabilidade de que outros corpos ocupem espaços na construção de iniciativas de saúde. Iniciativas que sejam sensíveis às realidades que ficam encobertas, isso é um caminho de equidade.

Referências

- Aguiar, J. S. (2018). Gênero e masculinidades: reflexões sobre os determinantes de saúde do homem com câncer de próstata. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Espírito Santo: Vitória.
- Acosta, A. (2016) *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos* / Alberto Acosta ; tradução de Tadeu Breda.– São Paulo : Autonomia Literária, Elefante.
- Akotirene, C. (2019) *O que é interseccionalidade?* São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Almeida, T. S. & Araújo, F. V. (2013) Diferenças experenciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirada: uma breve apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. Ano 1, v. 1, n.3.
- Alvares, S. N. (1993) *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Angerami, A. (2018) O que é ser homem?: Perspectivas de jovens rapazes de camadas médias e populares acerca da masculinidade. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Licenciada em Ciências Sociais da Universidade Federal da Fronteira Sul.
- Antunes, R. (2018) *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital* [recurso eletrônico] 1. ed. - São Paulo: Boitempo.
- Aravena-Reyes, J. & Krenak, A. (2018) O cuidado como base epistemológica da produção técnica do antropoceno. *Revista Epistemológica do Sul*, UNILA, v. 1, n.2.
- Augras, M. (2013) *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.
- Ayres, J. R. C. M. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3.
- Barata, R. B. (2009) *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barbosa, C. G. (2022) Considerações sobre o método fenomenológico de Amadeo Giorgi: alcances e limites. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP*, Bauru, 1, e022016.
- Badinter, E (1993). XY. *Sobre a identidade masculina*. (. M. I. D. Estrada, Trad.). Rio de

- Janeiro: Nova Fronteira (Original publicado em 1992).
- Bello, A.A. (2006) *Introdução à fenomenologia*. Bauru: Edusc.
- Bezerra, D.S., Bezerra, A.K., Souza, R.C.M., Nogueira, W.B.A.G., Bonzi, A.R.B. & Costa, L.M.M. (2018) Homens transexuais: invisibilidade social e saúde mental. *Temas em Saúde*, João Pessoa. V. 18, n. 1.
- Bezerra, P.A., Cavalcanti, P. & Moura, L.B.A. (2023). Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, e33025.
- Braga, T. B. M.; M. G. Farinha. (2017) Heidegger: em Busca de Sentido para a Existência Humana. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica* – XXIII (1): pp.65-73.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Plano de ação Nacional (2009-2011), Brasília.
- Braz, C., Souza, E.R. (2018) Transmasculinidades, transformações corporais e saúde: algumas reflexões antropológicas. In: *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Marcio Caetano e Paulo Melgaço da Silva Junior (Org.). Rio de Janeiro: Lamparina, pp.28-42.
- Butler, J. (2020) *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (Renato Aguiar, Trad.) Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original publicado em 1990).
- Cabral, A. M. (2023) *Topologias do não-ser: Discutindo (sub) ontologia e colonialidade com Nelson Maldonado-Torres*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Cabral, A. M. (2021) *Compaixão e Revolta: sobre sofrimentos e corpos vulneráveis no mundo da equidade*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Caetano, M. R. V.; Silva Junior, P. M. & Hernandez, J. G. (2015) Ninguém nasce homem, torna-se homem: as masculinidades no corpo e o corpo nas práticas curriculares das masculinidades. *Periódicus*. 2. ed.
- Cardinalli, I. E. (2015) Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). *Psicologia USP*. volume 26, número 2, pp.249-258.
- Carvajal, J. P. (2020) Uma ruptura epistemológica com o feminismo ocidental. In: Heloisa Buarque de Holanda – *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Casanova, M. A. (2015) *Compreender Heidegger*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Casanova, M. A. (2021) *Tédio e tempo: sobre uma tonalidade afetiva fundamental fática de*

nosso filosofar atual. Rio de Janeiro: Via Verita.

- Castro, F. C. L. (2021) *Fenomenologia da depressão: aspectos constitutivos da vivência depressiva*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: NAU Editora.
- Collins, P. H. (2020) *Interseccionalidade* [recurso eletrônico] / Patricia Hill Collins, Sirma Bilge ; tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo.
- Connel, R.W. (1995) Políticas de masculinidade. (Tomaz Tadeu da Silva, Trad.) *Educação e realidade* - 20 (2) Jul/dez, pp.185-206.
- Connel, R.W & Messerschmidt, J.W. (2013) Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, n.21(1), pp.241-282, Florianópolis.
- Connel, R.W. (2016). *Gênero em termos reais*. (Marília Moschkovich, Trad.) São Paulo: nVersos.
- Connel, R.W. & Pearse, R. (2015). *Gênero uma perspectiva global: compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo*. (Marília Moschkovich, Trad.) São Paulo: Versos.
- Couto, M. T. & Gomes, R. (2012) Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc. saúde coletiva*, n. 17 (10), out. São Paulo.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, 10(1), pp.171-188.
- Criolo (2006) Ainda há tempo [Música]. In *Ainda Há Tempo* (Álbum) SkyBlue Music.
- Czeresnia, D. (2003) O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S. & Oviedo, R. A. M. (2013) *Os sentidos da Saúde e da Doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dantas, J., Sá, R. N., Carreiro, T. C. (2009). A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), pp.1-9.
- Denker, A., Guimarães, D. M. & Silva, F. M. (2020) Serenidade, o discurso festivo de Martin Heidegger: a questão da essência da técnica e do pensamento humano. *Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia*, v. 9, n. 2.
- Dino, N. A., Pankararu, M. & Furtado, L. C. (2023) O tempo como mecanismo da colonialidade: uma análise crítica do direito de consulta prévia, da justiça de transição e da tese do marco temporal à luz da temporalidade indígena. *Revista Memória em Rede, Pelotas*, v.15, n.29.

- Duarte, A. (2005) Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. *Natureza Humana*, v.7, n.1.
- Feijoo, A. M. L. C. (2011) *A existência para além do sujeito: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais*. Rio de Janeiro: Edições IFEN: Via Verita.
- Feijoo, A. M. L. C. & Dhein, C. F. (2011) Uma compreensão fenomenológico-hermenêutica das compulsões na atualidade. *Fractal, Rev. Psicol.*, v.26, n.1.
- Feijoo, A. M. L. C. (2018) Metá-hódos: da fenomenologia hermenêutica a Psicologia. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica - XXIV (3)*: pp.329-339, set-dez.
- Ferreira, G. (2022) A tonalidade política na crítica da subjetividade de Heidegger. *Revista Natureza Humana*, São Paulo, v.24, n.1, pp.30-51.
- Figueiredo, V. (2007) Em busca do conceito heideggeriano de política. *Terceira Margem*, n.17, pp.202-221.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024) *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo, Disponível em <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>>.
- Foucault, M. (1979). O nascimento da medicina social. In M. Foucault: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freire, P. (2020) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Furlani, J. (2013) Educação sexual: possibilidades didáticas. In Louro, Felipe & Goellner: *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo da educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Gil, G. (2015) Super-homem. [Música]. In *Dois amigos, um Século de Música*. Gege Edições / Preta Music (EUA & Canadá).
- Gil, A. C. (2002) Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- González, A. D., Garanhani, M. L., Bortoletto, M. S. S., Almeida, M. J. de., Melchior, R., & Nunes, E. de F. P. A. (2012). Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, (Interface Botucatu), v.16, n.42, pp.809-817.
- Heidegger, M. (1954) *Ensaio e Conferências*. Trad. Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Márcia Sá Cavalcante Schuback. 8. Ed. Petrópolis, Editora Vozes.

- Heidegger, M. (1959). *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget. Maria Madalena Andrade & Olga Santos, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Heidegger, M. (2009) *Seminários de Zollikon: protocolos, diálogos, cartas*. Trad. Gabriella Arnhold, Maria de Fátima de Almeida Prado. Petrópolis, Editora Vozes.
- Heidegger, M. (2012) *Ser e Tempo*. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Vol II. Petrópolis, Editora Vozes.
- Hooks, B. (2020) *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. (Bhuvi Libanio, Trad.) - 11ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Hooks, B. (2021) *Tudo sobre o amor: novas perspectivas*. (Stephanie Borges – Trad.) São Paulo: Elefante.
- Hooks, B. (2022) *A gente é da hora: homens negros e masculinidade*. (Vinicius da Silva – Trad.) São Paulo: Elefante.
- Instituto Papai e RHEG. (2009) *Princípios, Diretrizes e Recomendações para uma Atenção Integral aos Homens na Saúde*. Recife.
- IBGE (2022) Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades sociais por raça ou cor no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf>.
- Jablonka, I. (2021) *Homens justos: do patriarcado às novas masculinidades*. (Julia da Rosa Simões, Trad.) - 1ª ed. São Paulo: Todavia.
- Krenak, A. (1999) O eterno retorno do encontro. In: *A outra margem do ocidente*. Adauto Novaes (Org.). São Paulo: Companhia das Letras, pp.23-31.
- Krenak, A. (2019) *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2020) *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, pp.103-117.
- Langato, F; Schneider, D. R. (2021) Contribuições do existencialismo sartriano aos cuidados paliativos oncológicos. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 13, n. 1, pp. 17-40, abril.
- Leite, J.C., & Lima Junior, L. G. S. (2015) Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial. *RIF*, Ponta Grossa/ PR Volume 13, Número 29, pp.50-62.

- Levorato, C. D.; Mello, L. M.; Silva, A. S. & Nunes, A. A. (2014) Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, abr. pp.1263-1274.
- Lino, T. R. (2015) O lócus enunciativo do sujeito subalterno: fala e emudecimento. *Anu. Lit.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, pp. 74-95.
- López, D. B., Lopes, C.E. (2022). O conceito de “lugar de fala”: das possibilidades de delimitação aos riscos de esvaziamento conceitual. *Psicologia Política*. vol. 22. n.55. pp. 668-687.
- Lugones, M. (2020) Colonialidade e gênero. In: Heloisa Buarque de Holanda – *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Macedocouto, G. S. & Junior, A.F.S. (2017) Solidão: do patológico ao ontológico. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 07-24.
- Maldonado-Torres, N. (2008). Topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento: modernidade, império e colonialidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v.80.
- Matogrosso, N. (1981) Homem com H [Música]. In *Ney Matogrosso – 1981*. Ariola.
- Mello, A. G. & Nuernberg, A. H. (2012) Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(3): p.384.
- Medrado, B. & Lyra, J. (2008) Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.16, n.3.
- Mendes, A. C. C. & Ribeiro, L. P. (2021) Nomeações e significações da homossexualidade masculina: um ensaio sobre homofobia pela ótica da Teoria das Representações Sociais. *Memorare*, Tubarão, v. 8, n. 1.
- Mendes, W.G. & Silva, C.M.F.P. (2020) Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise Espacial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5): pp.1709-1722.
- Merhy, E. E. (2014) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mignolo, W. (2003) Histórias locais/projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e

pensamento liminar. Tradução Solange Ribeiro de Oliveira. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Miranda, S. V. C., Oliveira, P. S. D., Sampaio, C. A., & Vasconcellos, L. C. F. (2021) Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(2), e310217.

Moreira, G. E. (2022) Por trás da monograma do movimento LGBTQIAPN+: Vidas, representatividade e esclarecimentos. *Temporis(ação)*, v.22, n. 2.

Nascimento, M. A. F. (2011) *Improváveis relações: produção de sentidos sobre o masculino no contexto de amizade entre homens homo e heterossexuais*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Nascimento, M. (2018) Essa história de ser homem: reflexões afetivo-políticas sobre masculinidades. In: *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Marcio Caetano e Paulo Melgaço da Silva Junior (Org.). Rio de Janeiro: Lamparina, pp.16-27.

Nogueira, R. P. (2006) Para uma análise existencial de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.333-45.

Nogueira, R. P. (2007) A saúde da Physis e a saúde do Dasein em Heidegger. *Physis*, v.17, n.3, pp.429-450.

Nunes, B. (2001) A questão do outro em Heidegger. *Natureza Humana*, v.3, n.1.

Núñez, G. (2023) *Descolonizando afetos: Experimentações sobre outras formas de amar*. São Paulo: Paidós.

OLIVEIRA, A. L. C.; FERREIRA, D. F. (2023) Aprendendo com os Guaranis: a potência dos saberes do Teko Porã para a sustentabilidade da vida. In: RUSCHEL, Caroline Vieira; MILIOLI, Geraldo (org). *O comum e os comuns: teoria e prática para um bem viver planetário*. Criciúma, SC: Ediunesc.

Oliveira, F. R. (2016) *A psicoterapia fenomenológica como horizonte de cuidado (Sorge) na era da técnica*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá.

- Oliveira, M.R.G. (2018) Seguindo os passos “delicados” de gays afeminados, viados e bichas pretas no Brasil. In: *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Marcio Caetano e Paulo Melgaço da Silva Junior (Org.). Rio de Janeiro: Lamparina.
- Oliveira, R.G. (2018) Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc.* São Paulo, v.27, n.1, pp.37-50.
- Ortega, F. (2002) *Genealogias da amizade*. São Paulo: Iluminuras.
- Pnaish. (2018). *Política nacional de atenção integral a saúde do homem* [recurso eletrônico] / Elza Berger Salema Coelho [et al] — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Pimentel, I. A. & Azevedo, A.K.S. (2023) Fenomenologia e luto: possíveis contribuições sob o viés heideggeriano. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, vol. XXIX, nº 2.
- Pompeia, J. A. (2003). Corporeidade. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, v.12.
- Relph, E. (1996) *Place and Placelessness*, in *The Environmental and Architectural Phenomenology Newsletter*, v.7, nº 3.
- Ribeiro, C. V. & Sales, D. W. M. (2020) A discussão heideggeriana sobre o corpo e as transexualidades: uma possível contribuição. *Revista Ideação – Dossiê Especial*.
- Ribeiro, D. O. (2017). *O que é lugar de fala?* Letramento.
- Ribeiro, D. B; Terra, M. G.; Soccol, K. L. S.; Schneider, J. F.; Camillo, L. A. & Plein, F. A. S. (2016). Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol.37, n.1.
- Ricardo, B. O. (2023, 04 de outubro) Maringá se destaca em rankings nacionais; veja quais. *GMC online*, Maringá. Disponível em: <<https://gmconline.com.br/coluna/economiaevoce/maringa-se-destaca-em-rankings-nacionais-veja-quais/>>
- Rodriguez, C. F., & Kovács, M. J. (2005). Falando de morte com o adolescente. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Vol. 5, Nº 1, pp. 127-143.
- Roehe, M. (2018) Contribuições da analítica existencial de Martin Heidegger para o pensamento sobre saúde. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, vol.7, n.1, pp.128-138.

- Rüdiger, F. (2014) *Martin Heidegger e a questão da técnica: prospectos acerca do futuro do homem*. Porto Alegre: Sulina.
- Sá, R. N. (2000) A noção heideggeriana de cuidado (*sorge*) e a clínica psicoterápica. *Veritas*, v. 45, n.2.
- Safatle, V., Junior, N.S. & Dunker, C. (2021) *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Salih, S. (2019) *Judith Butler e a Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Santos, A. B. (2003) A vida dá, a vida quer.
- Santos, G.A.O. (2017) Psicologia Fenomenológico-existencial e pensamento decolonial: um diálogo necessário. *Revista do NUFEN*. Vol.09. n.03.
- Santos, M. (2006). *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: EDUSP.
- Santos, M. (2007). *O Espaço do Cidadão*. São Paulo: EDUSP.
- Santos, W. S., Dias, J. C., Kian, G. C.; Silva, P. Y. F. & Rodrigues, L. B. (2015) Homens portadores de deficiência física adquirida: estigmas e preconceitos vivenciados que interferem em sua sexualidade. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, Vol. 2, Nº 6, Ano 2.
- Sartre, J-P. (1970). *O Existencialismo é um humanismo*. Trad. e notas de Rita Correia Guedes. Les Éditions Nagel, Paris.
- Sartre, J-P. (1978) *O existencialismo é um humanismo* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. (Texto original publicado em 1946).
- Scliar, M. (2007) História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): pp.29-41.
- Scott, J. (1996) Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Recife: *Educação & Realidade*, v.1S, n .2, jul./dez.

- Seffner, F. & Nunes, C. (2018) O corpo a ser estudado, a pedagoga e a classe de alunos: encenando reiteraões da masculinidade heterossexual. In: *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Marcio Caetano e Paulo Melgaço da Silva Junior (Org.). Rio de Janeiro: Lamparina.
- Silva, I. M. M., & Angerami, A. (2020). Masculinidades e homossexualidade na perspectiva de jovens estudantes de escolas públicas e particulares de Erechim, Rio Grande do Sul. *Diversidade E Educação*, 7(2), pp.178–196.
- Silva, L. S. (2015). Vinte e quatro notas de viagem. *Revista Periódicus*, 2ª ed.
- Silva, R. V. & Oliveira, W.F. (2018) O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: Uma análise de produção científica. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.421-1.441, set./dez.
- Silva, R. H. & Décio, R. (2020) Um olhar Fenomenológico sobre as crises existenciais na contemporaneidade. *Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea*, Brasília, v.8, n.1.
- Siqueira, E. B. S., Miranda, M. (2018) Experiência estética e desestabilizaões das masculinidades no teatro brasileiro moderno e contemporâneo. In: *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Marcio Caetano e Paulo Melgaço da Silva Junior (Org.). Rio de Janeiro: Lamparina, pp.43-64.
- Solka, A.C & Antoni, C. D. (2020) Homens trans: da invisibilidade à rede de atenção em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, Canoas, v. 8, n. 1.
- Sousa, F.; Gonzalez, R. & Guimarães, D. (2020) Luta e resistência: dimensões para a promoção de saúde Mbya Guarani. *Psicologia USP*, v. 31.
- Souza, L. K. & Hutz, C. S. (2007) Diferenças de gênero na percepção da qualidade da amizade. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 2, pp. 125-132.
- Souza, R. (2023, 17 de novembro) Negros são 87% das mortes por policiais em sete estados do Brasil; entenda. *Correio Braziliense*, Brasília. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2023/11/6656530-negros-sao-87-das-mortes-por-policiais-em-sete-estados-do-brasil-entenda.html>>.
- Spivak, G.C. (2010) Pode o subalterno falar? Tradução de Sandra R. Goulart Almeida; Marcos

Feitosa; André Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Takuá, C. (2018) Teko Porã: Sistema milenar educativo de equilíbrio. *Rebento*, São Paulo, n. 9, p. 5-8.

Traverso-Yépez, M. (2001) A interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2.

Vinuto, J. A (2014) amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, pp.203–220.

Urbana, L. (1996). Música de trabalho [Música]. In. *A Tempestade ou O Livro dos Dias*. EMI Music.

Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), pp.460-482

Windmöller, N. & Zanello, V. (2016) Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 21, n. 3, pp.437-449, jul./set.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADOECIMENTO E MASCULINIDADES: SENTIDOS DO ADOECIMENTO PARA HOMENS NUMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

Pesquisador: Lucia Cecilia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75688923.8.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.811.748

Apresentação do Projeto:

A masculinidade hegemônica prevê vários comportamentos por parte dos homens, como a necessidade de ser ativo em relação a sua sexualidade, de ser o provedor do lar, além de adotar um estilo de vida baseado na concepção de invulnerabilidade, em que a demonstração de possíveis fragilidades é vista como algo que questiona e desestabiliza esse modo de ser "homem". Os movimentos - feminista, LGBTQI+ - que discutem as problemáticas por trás da masculinidade hegemônica apontam que esse modelo interfere na relação que os homens assumem com sua saúde e o autocuidado. Pesquisas realizadas tanto em território nacional, quanto internacional, há tempos evidenciam que geralmente os homens não buscam um cuidado preventivo, sendo mais acometidos por enfermidades de média a alta complexidade, o que repercute no tratamento e no prognóstico, acarretando, inclusive, mais gastos do Estado com a Saúde Pública. Estudiosos do assunto apontam que o modo como os homens vivenciam sua masculinidade marcam os seus modos de adoecimento e morte. Diante disso, a presente pesquisa, amparada numa perspectiva fenomenológico-existencial, se propõe a compreender os sentidos que homens adultos e idosos atribuem ao adoecimento e ao cuidado relacionando-os aos modos masculinos hegemônicos e subalternos. Espera-se contribuir com subsídios que possam ser úteis nos estudos sobre gênero e no cuidado em saúde.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copecp@uem.br



Continuação do Parecer: 6.611.746

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os sentidos que homens adultos e idosos atribuem ao adoecimento e ao cuidado em saúde relacionando-os aos modos masculinos

hegemônicos e subalternos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta é uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, que se pautará no método fenomenológico e utilizará como recurso para a coleta de dados a entrevista semiestruturada com homens entre 18 e 75 anos de idade, residentes do município de Maringá (PR).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta autorizações necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

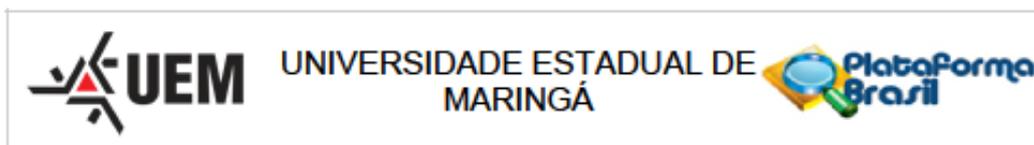
De acordo com a análise realizada e as informações constantes nos arquivos anexados, baseado na legislação vigente, esse Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá se manifesta pela aprovação do projeto de pesquisa em tela. Reitera-se a necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223900.pdf	13/11/2023 09:38:02		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA.pdf	13/11/2023 09:37:30	Lucia Cecilia da Silva	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 6.611.746

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223900.pdf	03/11/2023 19:01:23		Aceito
Outros	Resposta.pdf	03/11/2023 19:00:16	Lucia Cecilia da Silva	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	03/11/2023 18:57:19	Lucia Cecilia da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223900.pdf	06/10/2023 15:08:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	06/10/2023 15:07:57	Lucia Cecilia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	06/10/2023 15:05:40	Lucia Cecilia da Silva	Aceito
Outros	RoteiroDaEntrevista.pdf	04/10/2023 10:56:59	Lucia Cecilia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/10/2023 10:55:44	Lucia Cecilia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 12 de Janeiro de 2024

Assinado por:

Maria Emília Grassi Busto Miguel
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br

Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ADOECIMENTO E MASCULINIDADES: COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO DE HOMENS EM UM PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA-HERMENÊUTICA E DECOLONIAL”, desenvolvida por Natalia Maria Weber, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), com orientação da Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva, docente e orientadora neste Programa.

O objetivo da pesquisa é compreender os sentidos que homens adultos e idosos atribuem ao adoecimento e ao cuidado em saúde relacionando-os aos modos masculinos hegemônicos e subalternos. Tal objetivo será atingido através do seu relato, por meio de uma entrevista individual semiestruturada, e também de seu consentimento em participar de modo voluntário.

Na entrevista serão abordadas a sua compreensão sobre o que é a doença e a saúde, buscando resgatar aspectos singulares dos modos como você cuida de si em um contexto de adoecimento, mas também que cuidados preventivos que você coloca em prática quando se trata de saúde.

Como a entrevista resgata aspectos de suas vivências e percepções, você poderá se sentir desconfortável em algum momento da entrevista. Neste sentido, reforçamos que caso sinta-se incomodado, a entrevista poderá ser interrompida, dando continuidade a partir do momento que você se sentir mais confortável. Considerando que a mestranda atua como psicóloga, caso sentir necessidade, você poderá contar com a escuta e acolhimento a respeito do que te sensibiliza. Além disso, caso sentir necessidade de esclarecimentos sobre a questão do sigilo, os pontos apresentados neste termo poderão ser retomados.

A sua participação é totalmente VOLUNTÁRIA, de modo que, caso sinta a necessidade de recusar-se a participar ou por outros motivos precise desistir, isso poderá ser feito sem qualquer prejuízo à sua pessoa. Em relação as entrevistas, elas poderão ocorrer tanto presencial, quanto online. Presencialmente, será necessário a utilização de um gravador de voz, para que posteriormente a entrevista possa ser transcrita e as informações apresentadas possam ser mais facilmente compreendidas. Já online, as entrevistas serão realizadas via plataforma *Google Meet*, sendo também utilizado o recurso de gravação. O link de acesso será encaminhado com antecedência, e caso tenha quaisquer dúvidas sobre o acesso à plataforma, elas serão esclarecidas previamente.

A escolha pelo tipo de modalidade, presencial ou online, serão estabelecidas em concordância com o que lhe for mais confortável e viável dentro de suas possibilidades. Tanto na entrevista presencial, quanto na online, as gravações e transcrições respeitarão o devido cuidado com sua identidade. Após a finalização da pesquisa, os arquivos serão excluídos.

Os resultados dessa pesquisa serão discutidos na dissertação desta pesquisa, sendo posteriormente apresentados na defesa, como conclusão final do mestrado. Além disso, poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, como também publicados em periódicos científicos e livros. Considerando a preservação do sigilo, o seu nome não será exposto, de modo que, utilizaremos um pseudônimo (nome fictício) para sua identificação.

Espera-se com essa pesquisa, contribuir para uma melhor compreensão de como os homens se apropriam de suas masculinidades e sobretudo de como isso reflete em seus pressupostos sobre o que é o cuidado, o adoecer e uma condição saudável de se viver. Espera-se que essa pesquisa viabilize novas discussões e intervenções que possam auxiliar na construção de um novo cenário, em que os homens possam assumir uma posição de compromisso com o autocuidado e também uma participação ativa nas intervenções em saúde que atendam às suas singularidades, que acolham as suas fragilidades, possibilitando um cuidado em saúde se dê em iniciativas de ordem mais preventivas do que emergenciais.

Caso você tenha outras dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos 209 da UEM, cujo endereço também consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Além da assinatura, nos campos específicos, pela orientadora, pela mestranda e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por todos (pela orientadora, mestranda e por você, como participante de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa proposta pela mestranda Natalia Maria Weber e orientada pela Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva. Declaro também que **CONCORDO** **NÃO CONCORDO** que a entrevista seja gravada.

Data: ____/____/____ _____

Assinatura do participante

Eu, **Natalia Maria Weber**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa.

Data: ____/____/____ _____

Natalia Maria Weber

Mestranda em Psicologia (PPI/UEM)

Data: ____/____/____ _____

Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva

Docente-Orientadora (PPI/UEM)

Em casos de dúvidas sobre o processo da pesquisa, poderá entrar em contato com a mestranda responsável pela pesquisa ou com a orientadora, através dos endereços abaixo:

Nome: Natalia Maria Weber – Pesquisadora/Mestranda.

E-mail: nataliamariaweber1997@gmail.com e Telefone (44) 9 9826-2730.

Nome: Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva – Docente/Orientadora.

E-mail: luciacecilia@hotmail.com

Já em relação a quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa poderão ser esclarecidas com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM - Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. UEM-PPG, sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr.

Tel: (44) 3011-4444/ (44) e 3011-4597

E-mail: copep@uem.br

Apêndice II: Roteiro da entrevista semiestruturada

Questões:

- 1- Como você cuida da sua saúde?**
- 2- Quem você procura em primeiro lugar quando você não está bem de saúde?**
- 3- Costuma ir ao médico e/ou outros profissionais de saúde? Em quais circunstâncias?**
- 4- Você procura fazer exames com certa regularidade?**
- 5- Quais os cuidados preventivos que você coloca em prática quando se trata de sua saúde?**
- 6- Você já ficou doente alguma vez? o que foi?**
- 7- Como você lidou com essa(s) situação(ões), como foi viver com a doença e o seu tratamento?**
- 8- Você acha que os homens, de modo geral, sabem lidar com sua saúde e com a doença, quando ela acontece?**
- 9- O que você acha que é incômodo para os homens na lida com a doença?**
- 10- E para você, o que é incômodo?**
- 11- Como você foi aprendendo, desde criança, sobre as questões de saúde e doença?**
- 12- Como você cuida de seus familiares quando algum deles fica doente? (filhos, esposa, pais...)**