

Ano 3, Vol IV, Número 1, pág.28-45, Humaitá, AM, jan-jun, 2010.

A INVISIBILIDADE DA DEPRESSÃO EM HOMENS: HÁ LUGAR PARA DOR NO MASCULINO?

Juliana Barbosa Lins de Almeida
Viviane de Almeida Sales
Joni Von Silva de Lima

RESUMO: O que hoje é chamado de masculinidade vem sendo construída ao longo do tempo sob conceitos e preconceitos que determinam, ao menos no imaginário popular, o que é ser homem, conforme a cultura. Em nossa sociedade, padrões de gênero são construídos mesmo antes do nascimento do bebê, uma vez que há adequações a modelos de feminilidade e masculinidade já estabelecidos. Algumas implicações acarretadas por determinadas formas de conceber a masculinidade afirmam que a cultura do “macho forte” acarreta uma série de prejuízos para a saúde dos homens em geral. Assim, a saúde do homem tem sido um assunto escanteado, sob o estereótipo social do homem invulnerável. Deste modo, algumas doenças, como a depressão, são associadas apenas ao universo feminino, precipitando o questionamento deste artigo: há espaço para a dor no masculino? Este artigo se propõe a relatar as análises sobre as representações da depressão masculina e do sofrimento masculino, realizadas através de entrevistas com professores do sexo masculino de uma faculdade particular de Pernambuco. Os resultados apontam para o fato de que a dor no masculino continua sendo um assunto tabu para os homens, sobretudo devido a cultura machista e patriarcal.

Palavras-chave: Depressão. Homens. Masculinidade.

THE INVISIBILITY OF DEPRESSION IN MEN: IS THERE ROOM FOR PAIN IN MALES?

ABSTRACT: What is now called masculinity has been constructed over time on concepts and prejudices that determine, at least in the popular imagination, what is to be a man, according to the culture. In our society, gender patterns are built even before birth, since there are adjustments to models of femininity and masculinity previously established. Some implications brought about by certain forms of masculinity design claim that the culture of "strong male" entails a lot of damage to the health of men in general. This way, man's health has been a non-important subject under the social stereotype of the invulnerable man. Thus, some diseases, such as depression, are associated only with the female world, justifying the question made in this article: is there room for pain in males? This paper proposes to describe the analysis of the representations of male depression and suffering men, conducted through interviews with male teachers of a private college of the Brazilian state of Pernambuco. The results show that pain in the male remains a taboo subject for men, mainly due to patriarchal and macho culture.

Keywords: Depression. Male. Masculinity.

I. Introdução

A depressão é considerada entre as doenças psíquicas como uma alteração do humor, de forma que o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, conhecido pela designação “DSM-IV”, apresenta como critérios de avaliação sobre a depressão, idéia negativa, culpa, irritabilidade, idéias suicidas, alteração no sono, atenção reduzida, humor deprimido, dentre outros. O problema da depressão é um fenômeno global que atinge todas as classes sociais, sem distinção. O impacto dessa doença se reflete na saúde, em aspectos sociais e econômicos que se estende a toda sociedade e principalmente os aspectos psicológicos pertinentes àqueles que são considerados com depressão.

Muitos pesquisadores se debruçam ao estudo aprofundado sobre a depressão nas mulheres, pois nelas o transtorno se apresenta de forma mais clara e evidente. A associação da doença ao público feminino geralmente tem sido compreendida a partir de explicações biológicas, relacionadas às fortes influências hormonais que causam alterações do ciclo menstrual, gravidez e menopausa. Explicações sociohistóricas também são consideradas, associando a alta incidência de depressão à nova mulher, que além de ter responsabilidades com a casa e com o cuidado com os filhos, também tem que se preocupar agora com sua vida profissional.

Embora a depressão masculina seja pouco vista ou menos mencionada pelos os pesquisadores, é essencial estudos sobre a relação saúde/ homens que vise problematizar a idéia de que o cuidado com a saúde é algo que pertence ao universo feminino.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2006, 2007), foi na década de 1970 do século passado o marco dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde”. Para os autores, esse interesse se deu a partir da teoria e política feministas, que além de questionar as diferenças na manutenção sexual do status quo, pressupunha que o que era instituído enquanto masculino – a masculinidade tradicional – acarretava num déficit de saúde. Segundo Gomes (2003), os avanços nas formas de conceber o que é ser

feminino, conseguidos pelo movimento feminista, demandaram deslocamentos no campo dos papéis masculinos.

Nos de 1990 houve um redirecionamento da temática, alavancada pela pelos índices publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que apontavam para as especificidades da saúde masculina e os comprometimentos nas diversas fases da vida. Segundo a mesma publicação, as principais causas da mortalidade masculina se relacionavam com a forma de socialização, associando-a também a uma grande parte das morbidades sofridas por mulheres e adolescentes.

A preocupação com a relação homem/saúde resultou na criação de uma sociedade internacional voltada para a saúde dos homens e gênero (International Society for Men's Health and Gender (ISMH) e de um periódico específico sobre esse assunto (*Journal of Men's Health and Gender*).

Conforme dados da pesquisa desenvolvida Gomes et. al. (2006), os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Esses dados são confirmados pela última pesquisa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, em 2006 e divulgados pelo DATASUS. Assim, se evidencia a relação existente entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens e suas implicações devem ser avaliadas de forma ampla. Se ser homem aparenta ter um peso negativo para saúde, passando a ser visto como um fator de risco e impeditivo para o cuidado e bem-estar, é preciso que se amplie o debate sobre de que forma a incidência masculina dos transtornos depressivos pode ser compreendida como um fenômeno invisibilizado devido a fatores como o machismo e o preconceito social relacionado à saúde/ sofrimento do homem

II- Algumas considerações sobre a depressão

A depressão é uma condição médica séria, tratável através de medicamentos, que pode atingir qualquer pessoa, sem distinção de idade, sexo, etnia ou condição social. Ela se refere tanto a um sintoma, quanto a um grupo de enfermidades que possuem características em comum. Como sintoma, a

depressão se apresenta por um tom afetivo de tristeza acompanhado por sentimentos de desamparo e redução da autoestima. Segundo Mackinnon e Michels (1992) as características clínicas da depressão são atraso e constrição dos processos do pensamento, lentidão e diminuição da espontaneidade da conduta, empobrecimento das relações sociais. Segundo a CID -10, os transtornos depressivos estão incluídos nos transtornos de humor e estão divididos em cinco sessões: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtornos do humor persistentes e outros transtornos do humor.

Segundo Dalgalarrodo (2000, p.190):

Os quadros depressivos têm como elemento central o humor triste. Entretanto, elas caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos, neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, a volição e a psicomotricidade.

Segundo Delouya (2008), o termo depressão vem do latim e é resultado da combinação das palavras, *de* (para baixo) e *premere* (pressionar). Dentre as doenças psíquicas, a depressão encontra-se nos transtornos do humor. Este estado alterado do comportamento pode se desenvolver em alguns graus que variam de leve, moderada a grave. Segundo Freud (1916), a angústia mental não está apenas relacionada com perdas ou frustrações reais, mas também com o inconsciente.

O termo depressão já foi apropriado pelo senso comum, e por isso, muitas vezes é utilizado de forma equivocada. Atualmente as pessoas ainda se confundem em relação distinção entre tristeza e depressão, que se dá pelo fato de na tristeza haver a localização do objeto na qual o sujeito considera enquanto alvo da dor. Já na depressão, muitas vezes o sujeito não sabe o porquê do sofrimento. No entanto, isso não significa dizer que a tristeza não possa levar uma pessoa a ter um quadro depressivo. Como explica Zimerman (1999, p.217), “A tristeza indica um estado de humor afetivo que pode estar presente ou não nos estados depressivos”.

Assim, a depressão é a representação do sofrimento emocional e está associada de forma mais direta ao público feminino Geralmente, as mulheres

apresentam maior facilidade em procurar ajuda terapêutica para o tratamento e a cura da doença (Gomes, 2003) Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, além dos homens tenderem a admitir a menos doença em relação às mulheres, a depressão masculina está associada doenças cardiopatas e ao uso de álcool e drogas.

III. A invisibilidade da depressão em homens

A depressão é um transtorno do humor que afeta o comportamento, sentimentos e emoções e segundo a Nation Institute of Health (2003), os homens geralmente não gostam de admitir sintomas depressivos e procurar ajuda. Nos Estados Unidos, todo ano a depressão afeta cerca de 7% de homens, o que equivale a mais de seis milhões. No Brasil, as pesquisas sobre a depressão masculina ainda são muito incipientes, muito embora, pesquisas clinicas revelam que tanto homens quanto mulheres podem desenvolver sintomas da depressão, embora possam vivenciá-la de forma diferente e desenvolverem estratégias distintas de coping. Segundo a pesquisa realizada na Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2009, nos próximos cinco anos, 12% dos homens sofrerão de depressão, enquanto as mulheres chegarão a 25%.

Os sintomas de depressão sempre foram relacionados à mulher, devido sua vulnerabilidade afetiva em torno de sua vida onde ocorre mudança hormonal, gravidez, menopausa, dentre outras questões. No sexo masculino, muitas vezes a depressão é somatizada em doenças cardíacas e diabetes, como afirmam Rabinowitz & Cochran, (2008).

Alguns homens quando se encontram em um quadro de depressão podem apresentar fadiga, irritabilidade, perda de interesse no trabalho e distúrbios do sono, ao invés de sentimentos de tristeza, desânimo, baixa autoestima e culpa. Além do mais, muitos passam a ter atitudes e comportamentos quem levam a se colocarem em situação de risco, como o uso do álcool ou das drogas, condutas agressivas, promiscuidade, conflito no

trabalho e na família, dentre outros (Fleck, et. al., 2001; Braz, 2005; Souza, 2005; Rabinowitz & Cochran, 2008).

Segundo o National Institute of Health (2009), o uso abusivo de álcool e drogas ocorre com mais frequência em homens do que em mulheres e essa tendência também se revela no Brasil, segundo dados do Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Assim, deve haver mais pesquisas que investiguem o uso dessas substâncias como um sintoma “mascarado” da depressão em homens ou sobre porque razões é mais comum a co-ocorrência dessa condição.

A depressão é vista como muito preconceito no universo masculino, pois muitos homens ao procurarem por ajuda profissional relatam apenas fatores físicos, havendo assim uma dificuldade para o profissional poder realizar o diagnóstico. Apesar da invisibilidade do diagnóstico da depressão em homens, há dados alarmantes que confirmam a importância de se lançar um olhar mais atento. Os estudos sobre depressão indicam uma alta relação com o suicídio e a taxa de suicídio masculino no Brasil é duas vezes maior que o feminino e quatro nos Estados Unidos (NIH, 2003). Muitos homens não obtêm o diagnóstico e tratamento adequado e acabam por perder suas vidas. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020 a depressão será a segunda causa de morte por doenças no mundo.

IV. Serviços de saúde para homens

Os serviços de saúde sempre foram voltados para as crianças, mulheres e idosos como usuários exclusivos, lançando sempre campanhas direcionadas para estes grupos. O homem não é visto nos atendimentos de serviços de saúde e isso talvez implique em questões culturais da identidade masculina, envolvendo estereótipos como o homem deve ser sempre o provedor da casa, viril, invulnerável a doenças. Essas questões acabam por levar o homem a ter uma negação da sua própria saúde por está socialmente envolvido nestes

contextos. Sabe-se que a expectativa de vida dos homens é menor que a das mulheres.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres. O número de mortes entre homens é maior na faixa etária de 20 a 59 anos.

Num estudo realizado em vários países da América por Laurenti, Jorge e Goltieb (2005), foi demonstrado que a saúde do homem se encontra em situação desfavorável e que os serviços de saúde precisam encontrar soluções para os atendimentos de forma prática, para alcançar as necessidades dos homens. Como afirma Figueiredo (2005) “[...] *as principais causas de morte masculina são as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as violências, sobressaindo os acidentes de veículo a motor e os homicídios*”.

A saúde masculina é muito negligenciada e isto é visto através da ausência deles nos consultórios médicos (Gomes, Nascimento & Araújo, 2006). Pesquisa veiculada no jornal Folha de Pernambuco, realizada em 2008 pela Sociedade Médica Brasileira e Conselho de Saúde, onde participaram duzentos e cinquenta especialistas médicos demonstrou que a população masculina de fato não procura atendimento médico.

O Brasil é o primeiro país da América Latina a desenvolver ações de saúde voltadas para o homem. O Canadá foi o primeiro a realizar uma política nacional a saúde do homem no continente americano. A atenção à saúde do homem ainda é vista como algo muito novo, pois está voltada apenas para o modelo biomédico. É importante perceber que deve haver uma prevenção e promoção de saúde para o homem, pois o sofrimento relacionado à saúde muitas vezes não traz a perda da vida, mas causa muita dor. Como aborda Figueiredo (2005, p. 108)

Embora as informações sobre o perfil de mortalidade dos homens indiquem alguns agravos merecedores de uma atenção especial por parte dos serviços de saúde, as necessidades de saúde são também compostas por sofrimentos que não causam a morte imediata necessariamente. Ou seja, muitas das necessidades de saúde não se

manifestam como um problema imediato, mas como algo evitável, na qual as UBS podem intervir com ações preventivas.

Os homens apresentam um distanciamento em relação aos cuidados com a sua saúde e talvez seja por isso que muitos procuram atendimentos em prontos socorros ou mesmo farmácias, no qual o atendimento é rápido e onde podem falar do que está sentido, sem se expor. Além disso, aos consultórios e hospitais é imputado um sentido e significado de que esses locais são espaços feminilizados, onde as equipes profissionais de saúde são maioria mulheres e também são as mulheres que mais estão presentes nestes lugares. Figueiredo (op.cit.) acredita que devido a este fator, também os homens não vêm os atendimentos de saúde como um espaço aberto para suas necessidades de saúde e aponta que “[...] os homens não procuram as UBS (Unidade Básica de Saúde) porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.”

Isto demonstra que existe uma dificuldade na relação entre os homens e os serviços de saúde e isso não fica apenas na questão cultural ou social, mas também envolve uma questão relacionada às atividades da organização do atendimento de saúde onde os comportamentos masculinos se diferem do feminino. Para o homem, o tempo de espera é algo totalmente cansativo, dificultado assim o seu aparecimento para as atividades propostas nos serviços de saúde. Isso não quer dizer que para a mulher, ficar esperando o atendimento não seja cansativo, mas que a mulher apresenta-se mais paciente que homem (Schreiber, Gomes & Couto, 2005).

Assim, as Políticas de Saúde voltadas para o homem ainda precisam ajustar suas medidas de forma a fomentar uma maior atenção masculina em relação à saúde. Nota-se também que é necessária uma visão mais voltada para o atendimento dos homens, onde os programas de saúde e as estratégias sejam de prevenção e não apenas no tratamento da doença já instalada. Hoje se percebe uma necessidade em buscar serviços de saúde voltados para o atendimento masculino no qual estes homens possam sentir-se a vontade em falar de sua saúde, sem que as barreiras culturais os impeçam de cuidar de si

mesmo. Os avatares da masculinidade exigem alguns sacrifícios, mas alcançar essas exigências parece garantir alguns privilégios sociais, entre eles respeito e admiração por parte de seus iguais, conforme afirma Alves (2004).

Grande parte da não adesão dos homens a estas medidas deve-se a estereótipos de gênero que envolve o “ser homem” (BRASIL, 2008). Acredita-se que estes significados atribuídos a masculinidade, além de influenciarem os homens no cuidado com seu corpo/saúde também influenciam na hora de buscar auxílio nos serviços de saúde (Burrile, et. al., 2007).

V – A masculinidade e a dor no masculino

Se muito já discuti sobre o que é ser mulher, contrariando as noções essencialista, o debate sobre o que ser homem permanece na ordem do natural. Segundo Nolasco (1997, apud Gomes, 2003), a discussão sobre o que é ser homem numa sociedade patriarcal converge para a representação do *homem de verdade*. Neste sentido, ser homem e de verdade é não ser mulher, é afastar-se de tudo aquilo que é relacionado ao feminino, sob o medo de ser apontado como homossexual. No Nordeste, o ser homem de verdade é ser “cabra macho”.

Ao adentrar no mundo masculino, se percebe que há uma grande proibição social para a demonstração das emoções, pois dessa forma algumas estão ligadas diretamente para meninos e outras para as meninas. Segundo Castañeda (2006), o gênero masculino carrega deste o nascimento, vários tabus os quais para se destacarem como homens diante da sociedade, eles logo cedo aprendem que não podem expressar suas emoções. Assim, vão desenvolvendo atitudes machistas, pois a sociedade impõe roteiros de gênero, como, por exemplo, ter força física, liderança na família e/ou no trabalho, ser frio, dentre outros.

Historicamente, há muito se tentar explicar as diferenças no comportamento dos homens em relação às mulheres. Na década de 1920, por exemplo, se acreditava que um fator muito importante para a constituição da masculinidade estaria relacionado a fatores hormonais, como a presença da testosterona.

Conforme Castañeda (2006.p.136) “*A partir da idade de dois ou três anos, emoções como medo, raiva e a tristeza são vividas de maneiras muito diferentes conforme o sexo*”. O comportamento das emoções vai se desenvolvendo de acordo com a importância que o machismo se apresenta. Algumas emoções que são vistas como proibidas, como o medo. Segundo Castañeda (2006.p.139) “[...] *muitos homens sentem e expressam raiva quando, na realidade, o que sentem é medo- [...]*”. A tristeza é outro sentimento que também faz parte de sentimentos não permitidos, pois é uma emoção que está ligada ao feminino. Num mundo machista, a tristeza pode ser vista e respeitada diante a uma doença, diante da morte ou quando o sujeito está alcoolizado e/ou sob o efeito de drogas “*O código machista permite a tristeza e até o choro sob o efeito do álcool: o bêbado pode sempre alegar que ‘ficou alto’*” (Castañeda, 2006, p.140).

Assim, desde muito pequenos os meninos aprendem que devem ignorar as suas emoções para se enquadrar dentro do contexto da masculinidade que o levará a ter algumas atitudes que são permitidas no universo masculino, como exemplo, a expressão de raiva, ser rude, falar palavrões, nunca sentir medo, etc. Há um manejo que existe entre os sentimentos que são vistos como pertencentes ao mundo masculino e ao feminino. Welzer- Lang (2001), citando a antropóloga Maurice Godelier chamar fala sobre a existência de espaços masculinos – *a casa dos homens* - espaços sociais que eram apenas freqüentados por homens que iam sozinhos ou levavam seus filhos homens para que estes aprendessem o repertório do gênero masculino. Estes espaços eram uma afirmação do poder masculino, conforme afirma o autor (2001, p.462)

pátios de colégios, clubes esportivos, cafés..., mas mais globalmente o conjunto de lugares aos quais os homens se atribuem a exclusividade de uso e/ou de presença) estrutura o masculino de maneira paradoxal e inculca nos pequenos homens a idéia de que, para ser um (verdadeiro) homem, eles devem combater os aspectos que poderiam fazê-los serem associados às mulheres) [...]

Estes tipos de ambientes levavam os homens a terem uma educação diferente das mulheres. Esse comportamento implantado nas cabeças dos

meninos levava a idéia de que homens e mulheres deveriam ter espaços diferentes, assim os meninos desenvolviam atitudes e comportamentos verdadeiramente masculinos. Para ingressar na casa- dos – homens era necessário que meninos aprendessem as regras e normas que eram postas pelos mais velhos. Conforme Welzer- Lang (op. cit), a presença nesses espaços também acarreta sofrimentos, pois é imposto que os homens silenciem diante da dor, assim transparecendo que sofrimento não faz parte de sua vida. Assim, a casa – dos – homens é vista em varias culturas e em cada uma corresponde à maneira de criar esse espaço restrito aos homens.

Gomes (2003) sugere o estudo da sexualidade masculina como mediadora dos estudos sobre a saúde do homem. Assim, o autor põe em pauta o termo gênero para buscar traduzir a forma de legitimação e construção das relações sociais, proposta pela revolução feminista. No entanto, o termo gênero ainda parece está relacionado às discussões no campo feminino. Conceituar o termo gênero é fazer uma análise do comportamento do homem e da mulher diante do percurso da historia, aonde vai nos trazer fatores importantes como o sistema do poder patriarcal, desigualdade social e a hierarquia que são constituídas na sociedade e como homens e mulheres estão envolvidos com dentro desse processo.

Com o surgimento do século XIX, a imagem de homens e mulheres na sociedade moderna estava relacionada à desigualdade dos gêneros e não aos aspectos sexuais como era visto anteriormente, onde havia uma concepção que a mulher era um ser inferior ao homem. Assim, o conceito de gênero tinha como objetivo separar-se do conceito biologicista de sexo, que propunha que a naturalização das diferenças entre homens e mulheres. Assim, esse conceito compreende que as diferenças entre homens e mulheres são construídas socialmente e ser homem e ser mulher vai além de ter nascido homem ou mulher.

A definição de gênero, enquanto categoria de análise foi proposta por Scott (1995, p.75), como sendo:

um elemento constitui de relações sócias fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado as relações de poder.(...) “O gênero dá significado às distinções entre os sexos, ele

‘transforma seres biologicamente machos e fêmeas em homens e mulheres, seres sociais.

Com as mudanças e garantia dos direitos, as mulheres buscavam não estarem apenas ligados a funções domésticas e reprodutoras, mas também a outras funções que proporcionasse trabalhar e ganhar o próprio dinheiro e decidir em que momento de sua vida poderia ser casar ou não, ser mãe ou não, viver um casamento ou se separar. Esses direitos não acarretaram mudanças só para as mulheres, mas também acarretaram em mudanças e transformações as relações sociais entre homens e mulheres, conforme Bourdieu (2009).

Diante da crise masculina que estava abatendo os homens, se iniciou uma construção de papéis que possibilitou a imagem desse homem na sociedade como o sexo forte, musculoso, corajoso. (Torreão Filho, 2005). A dominação masculina certamente tinha e ainda tem seu peso, pois aos homens ainda não é conferido o direito de expressar suas emoções.

VI – Método

O trabalho foi realizado, após aprovação do Comitê de Ética e o estudo foi realizado com doze professores do sexo masculino, de idades que variaram de 25 a 47 anos, dos cursos de Direito, Administração, Jornalismo, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Economia, Turismo, Arquitetura, Engenharia e Contabilidade, de uma faculdade de ensino superior, localizada na cidade de Caruaru. A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística do tipo acidental. Foi necessário um contato prévio com a Direção Acadêmica para explicar o conteúdo da pesquisa para obtenção da autorização para realização do trabalho.

Como instrumento, foi utilizado um questionário com oito perguntas, sendo duas questões abertas, quatro fechadas duas referentes a dados sociodemográficos. Os resultados foram analisados à luz da teoria das Representações Sociais, proposto por Serge Moscovici.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia N016/2000 de 20 de dezembro de 2000.

VII. Análise e Discussões dos dados

Nessa pesquisa, o questionário possibilitou acessar informações e conhecimentos sobre o tema de forma abrangente, contendo questões abertas e fechadas. Em relação à descrição das respostas às questões fechadas. A primeira questão sobre depressão propôs uma auto-análise sobre o humor dos participantes. A pergunta chave era “como você avalia seu humor geralmente?” onde foram apresentadas algumas opções de respostas: *alegre; irritado, ansioso, triste, outro*. As respostas obtidas revelaram que a maioria (nove professores) afirmou ter humor *alegre*, um professor avaliou seu humor como *ansioso*, um professor percebeu o seu humor *sério*, um professor compreendeu o seu humor como *normal*.

Na questão que perguntava se o participante já tinha tido depressão, a maioria (nove professores) afirmou que não e três afirmaram já ter tido depressão. A questão seguinte perguntava se eles conheciam algum homem que já teve depressão. Sete professores responderam que não conheciam homens que tiveram depressão e cinco disseram que sim.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, além dos homens tender a admitir a menos doença em relação às mulheres, a depressão masculina está associada doenças cardiopatas e ao uso de álcool e drogas. Este fato está vinculado ao machismo que coloca este homem em situação de risco em relação a sua saúde o ser homem vive em uma luta contra os estereótipos que estão amarrados no conceito de macho, conforme Silva (2001).

Sendo assim, os homens podem demonstrar dificuldade em reconhecer a depressão e identificar este transtorno, pois o adoecer masculino ainda elencado a uma cultura patriarcal, em que o ser homem não adoecer. Desse modo, este homem muitas vezes mascara a depressão ao consumo de bebidas

alcoólicas de forma exagerada, ou uso de drogas. Alguns homens tornam-se violentos, pois para muitos homens, bater é ser macho na regra do machismo.

Assim, crenças como *“homem que é homem não se permite ter sentimentos”* continuam asseveradas em nossa sociedade e a dor muitas vezes é remetida a perda ou fracasso e são associados a sentimentos femininos. Associado a depressão, sabe-se que muitos homens são levados a cometer atos suicidas e também desenvolvem doenças psicossomáticas, como diabetes e doenças cardíacas devido à depressão.

Na questão sobre a opinião dos participantes em relação ao homem cuidarem da saúde, todos os professores pesquisados foram unânimes em responder que o homem não cuida bem da saúde. Este dado reflete a realidade expressa também numa pesquisa realizada pela sociedade médica brasileira e conselho de saúde em 2008, vinculada na Folha de Pernambuco em 2009 ouviu duzentos e cinquenta especialistas médicos demonstrou que a população masculina não cuida de sua saúde por conta das barreiras culturais.

[...] a população masculina não procura o médico por conta de barreiras culturais, entre outras. Eles foram educados para não chorar e para manter a couraça de que são ‘machos’. Também alegam que são os provedores e têm medo de que se descubram doenças [...].

Os serviços de saúde, principalmente as políticas públicas estão começando a ter a preocupação voltada para a saúde masculina, com programas direcionados, incentivando-os a irem a médicos especializados na saúde do homem, como urologista, e estimular a realização do planejamento familiar, como vasectomia. Isso se dá pelo fato de que o exame de próstata ainda é visto com preconceito na saúde masculina. A não aceitação da doença por alguns homens acarreta na perda da vida em idade ainda produtiva conforme mostra os números do Ministério da saúde publicado na folha de Pernambuco em 2009.

[...] total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos-população alvo da nova política- ,68% foram de homens. Ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, aproximadamente.

Os programas de saúde precisam quebrar as amarras que estão em volta da cultura masculina, que faz com que os homens sintam dificuldades em assumir que estão doentes, principalmente quando esta doença não é de aspecto físico mais psíquico. Os serviços de saúde deveriam ter um olhar voltado não apenas para a saúde física mais também a emocional.

Nas análises das questões abertas, foi utilizada a teoria das representações sociais. A pergunta proposta foi: *“Para você o que é depressão?”*. Os discursos foram dados a partir de dois grupos de respostas: distúrbio de ordem fisiológica e distúrbio de ordem psicológica (perdas). Abaixo, algumas respostas dadas:

“Alteração neuroquímica que pode levar a um desajuste mental, isolamento, tristeza profunda, dentre outros sintomas”; *“Um tipo de transtorno psíquico emocional de origem diverso”*.

Nota-se que estes discursos estão relacionados à explicações de ordem fisiológica, em que depressão é associada a um desequilíbrio de neurotransmissores. Noutro sentido, podemos perceber a relação de perdas emocionais, questões relacionadas ao humor:

“Vazio, ausência, um sentimento de perda e valor, no qual o sentido da vida se perde”; *“Uma doença que se reflete no humor do paciente, podendo levar-lo ao suicídio”;* *“ Transtorno de humor”;* *“Tristezas profundas”;* *“Perca da auto-estima”*

Assim, nos discursos há uma representação sobre a depressão associado a um saber acadêmico, que também é visto no contexto do senso comum, onde as pessoas também associam a depressão a uma perda. Como formas mais acessíveis de comunicação de massa, os meios de comunicação têm servido para o homem buscar informações, em que a depressão tem sido um dos principais assuntos. Assim como fonte de informação, as mídias podem tanto informar quanto o inverso, causando muitas vezes um sensacionalismo acerca

do tema. Segundo Francisco Fianco em uma entrevista dada ao IHU (Instituto Humanista Unisino)

“Mais do que qualquer outro aspecto da sociedade contemporânea, os meios de comunicação são o principal meio de veiculação [...] que joga o indivíduo impiedosamente na depressão, uma patologia que nunca foi tão popularizada quanto atualmente [...]”

É interessante perceber que na pesquisa realizada, quando se perguntou se homem cuida bem da saúde todos os professores responderam não, e quando questionados a justificar as respostas, os discursos apontaram para uma responsabilidade da cultura machista, conforme os discursos abaixo:

“Culturalmente ao masculino está associada a idéias de força e virilidade antagônicas aos cuidados médico/paciente”; “Devido uma herança patriarcal, o ser homem está com uma preocupação mais com aspectos material da vida.”; “Uma questão de educação e formação cultural.”

Esses dados mostram as restrições culturais que os homens ainda estão vivendo, mas também demonstram o surgimento de mudanças desses homens em poder assumir estas dificuldades culturais em relação à saúde. Segundo Luiz Cuschnir (2010), os homens estão muito mais livres para se expressarem em questões mais íntimas como frustrações, medos e depressão em geral.

Por outro lado, pelo poder patriarcal não é permitido ter emoções que se associem aos da mulher, se impõe uma desvalorização da saúde, esse homem que se considera e é considerado forte e invulnerável, tem que assumir o papel que lhe foi imposto por vários anos. Durante muito tempo, falou-se sobre sentimentos específicos de homens e mulheres. Assim, se percebe que o homem ainda sofre em consequência de uma cultura machista, principalmente, quando se trata de emoções, pois até as emoções por algum tempo deveria ser diferenciada da mulher. Como aponta Castañeda (2006.p.136), *“A partir da idade de dois ou três anos, emoções como medo, raiva e a tristeza são vividas*

de maneiras muito diferentes conforme o sexo”. Desde muito pequenos os meninos aprendem que para ser homem é necessário ter varias atitudes diferentes da menina, pois expressar o choro ou mesmo está triste é visto como algo proibido no universo masculino. Como afirma Welzer-Lang (2001), há *a casa dos homens*, onde não há espaço para as coisas ditas de mulheres. Assim, o cuidado com a saúde parece estar fora dessa “casa”.

Na questão sobre como percebem a depressão masculina, as respostas de alguns apontam para não distinção da depressão entre os gêneros; Outras respostas localizaram essa percepção em si e no outro, ou seja, como observam as oscilações e transtornos de humor.

“Não vejo diferença deste tipo de transtorno em relação ao gênero”; “Através da tristeza”; “Quando estou triste, ou melhor, quando percebo os homens irritados, alternando com momentos de tristeza.; “Percebo como falta de alguma coisa, algo perdido ou não alcançado”.

Os discursos apresentam que eles não conseguem perceber uma diferenciação entre os gêneros em relação a expressão da depressão, talvez por que a história sobre gênero sempre apresentou a noção que homens e mulheres não poderiam ser vistos separadamente. As ditas respostas dadas a partir da desejabilidade social Como apontam Torrão Filho (2005) *“a noção de gênero daria conta de que as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não poderiam ser entendidos separadamente”*. Com isso, muitos professores não conseguem perceber ou afirmar que a depressão é vivida de forma diferente e que as mulheres têm mais facilidade em expressar o seu sofrimento que os homens, que culturalmente foram ensinados a se silenciar em seus sentimentos.

Assim, percebe-se que a depressão masculina é associada à tristeza, mas nenhum deles falou como é demonstrada esta tristeza - simplesmente sabem que se sentem tristes por alguma coisa. Muitas vezes esta tristeza está mascarada com atitudes de agressividade, nas drogas, bebidas, sexo compulsivo. Como aponta Marini (2010)

Na depressão masculina, vê-se também um grande contingente de homens recorrendo ao álcool para camuflar a tristeza; só que seu uso constante só faz agravar os sintomas do mal. Outros recorrem ao fumo, às drogas, a noitadas fora de casa com amigos, ao sexo compulsivo.

A depressão masculina ainda não é reconhecida pelos homens, que sofrem pelo o enraizamento de uma cultura patriarcal os levando ao um sofrimento e atitudes e comportamentos que geram conflitos sociais e família. No entanto aos homens parece haver um esclarecimento enquanto a assunção de que a depressão é uma doença que pode fazer parte do universo masculino.

Conclusões

A socialização desempenha papel fundamental na construção da masculinidade. Figueroa-Perea (1998) com base em estudos brasileiros observou que na construção e na percepção social do corpo masculino, ressaltam-se se a idéia de ser resistente. Pesquisas brasileiras com adolescentes e jovens realizadas por Lima (2002), Antas (2005), Almeida (2007) apontam para associação ao homem características como “forte”, “musculoso” e “violento”. Importante ressaltar que esses estudos foram realizados no Nordeste, cultura ainda predominantemente machista e patriarcal. Segundo Stern (et al., apud Gomes & Ferreira, 2006), o mesmo aconteceu numa amostra de adolescentes mexicanos, que, dentro do modelo dominante de masculinidade, destacaram que ser homem é ser forte.

Deste modo, percebe-se que há varias implicações de modelos dominantes de masculinidade no campo da saúde pública. O fato de ser homem parece constituir um fator impeditivo no que diz respeito à adoção de condutas mais saudáveis, em contrapartida da manutenção do status quo masculino, que confere poder aos homens, mas que acaba por tira-lhes o direito à saúde e a expressão da dor.

Ainda, os desdobramentos no campo da saúde na busca masculina em relação a ser “homem de verdade” se percebe na incidência de câncer de próstata no Brasil. Dados do DATASUS revelam que no Brasil, o câncer de

próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. A estimativa de novos casos para este ano é de 52.350 mil casos e em 2008, o câncer de próstata foi responsável por 11.955 mil mortes. Apesar de se constituir como um problema de saúde pública, muitos homens ainda temem o toque retal, por mexer com questões identitárias.

Wang, Jabloski e Magalhães (2006) falam sobre a crise da masculinidade e apontam para esse estado de alerta permanente. Assim, a masculinidade e com isso o “ser homem” não é algo em si, dado naturalmente, mas sim, construído e reforçado pela sociedade patriarcal.

No que tange a depressão, como se configura enquanto “dor simbólica”, por não está localizada no plano externo, nem está alocada em algo palpável, esta se coloca enquanto expressão feminina e com isso, longe da “casa dos homens” e do universo masculino.

Referências

Almeida, J. B. L. (2007). **Crenças sociais nas diferenças entre homens e mulheres e suas relações com a percepção da violência do homem contra a mulher**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Alves, J. E. D. (2004). **A linguagem e as representações da masculinidade**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.

Antas, K. C. (2005). **Visões sociais de homem e de mulher: um estudo do conhecimento social acerca do ser homem e do ser mulher**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97-104.

Bourdieu, P. (2009). **A dominação masculina**. 6º Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Burille, A., Zillmer, J. G. V., Feijó, A. M. Maagh, S. B. Schwartz, E., Lange, C., Meincke, S. M. K., Gallo, C. M. C. (2007). Os homens com câncer e os

serviços de saúde: um olhar através da perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.3, p.565-574.

Castañeda, M. (2006). **O machismo invisível**. São Paulo: A Girafa Editora.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.

Cuschinir, L. **Homens pós-masculismo e mulheres conjugando mais verbos**. Disponível: <http://www.luizcuschinir.com.br>. Acesso em 14 de fevereiro de 2010.

Dalgalarondo, P. (2000). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Delouya D. Freud e os Caminhos da Angústia. **Revista Mente e Cérebro**. Ano XVI. Nº 190- Novembro 2008. Disponível em <http://fatimavasconcellos.blogspot.com/2009/09/o-impacto-da-depressao-na-saude-publica.html>. Acesso em 17 de junho de 2010.

Freud, S. (1916). **A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre Metapsicológico e outros Trabalhos**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

Fleck, M.P. A, Lafer, B., Sougey, E.B., Del Porto, J.A., Brasil, M.A., Juruena, M.F. (2001). Diagnóstico e Tratamento da Depressão. **Associação Brasileira de Psiquiatria**.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.105-109.

Figuroa-Perea, J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, (Supl. 1), p. 87-96.

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829.

Gomes, R., Nascimento, E. F., Araújo, F. C. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911.

Gomes, R., Nascimento, E. F., Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574.

Laurenti, R., Jorge, M. A. P. M.; Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46.

Lima, R. D. (2002). **Uma visão do homem: Um estudo de gênero e estereótipos**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Mackinnon, R., Michels, R.(1992). **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre: Artmed.

Marini, E. **Depressão Masculina**. Disponível: <http://www.psicologiapravoce.com.br/textopsi.asp?nr=516>. Acesso em 18 de maio de 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem
Princípios e diretrizes, Brasília, 2009.

National Institute of Health. Real Men, Real Depression. NIH Publication, 2003.

Rabinowitz, F. E., Cochran, S. V. (2008). Men and Therapy A Case of Masked Male Depression. **Clinical Case Studies**, v. 7 n. 6, p. 575-591.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA. Disponível em <http://www.ripsa.org.br>. Acesso em 20 de maio de 2010.

Schraiber, L. B., Gomes, R., Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 7-17.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, p. 71–99.

Silva, M. A. D. (2001). **Todo poder às mulheres: Esperança de equilíbrio para o mundo**. São Paulo: Nova Cultural.

Souza, E. R. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: contribuição para reflexão no campo da saúde. . **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 59-70.

Torrão Filho, A. (2005). Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**, v. 24, p.127-152.

Wang, M., Jablonski, B., Magalhães. A. S. (2006). Identidades masculinas: limites e possibilidades. **Psicologia em Revista**, v.12, n. 19, p. 54-65.



Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482.

Zimerman, D. E. (1999). **Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed

Recebido em 23/2/2010. Aceito em 30/3/2010.