



IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA Portugal, território de territórios

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

**CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES DE GÊNERO DE HOMENS DIAGNOSTICADOS COM A
DOENÇA MENTAL**

MENESES ALVES, Tahiana

Doutoranda em Sociologia. Mestra em Sociologia, Universidade do Minho,
menesestahiana@gmail.com

Resumo

Esta comunicação tem base numa pesquisa de carácter qualitativo e tratou da articulação entre doença mental, gênero, masculinidades e identidades. O objetivo foi analisar a experiência com a doença mental a partir de relatos de homens em tratamento psiquiátrico numa instituição do norte de Portugal. Investimos na categoria gênero enquanto variável presente nas narrativas destes homens sobre as causas que atribuem à própria doença mental e sobre as mudanças por esta provocada em variadas esferas da vida e que produz impactos nas identidades masculinas. A recolha de informações foi realizada através de entrevistas de histórias de vida com oito homens com diagnóstico psiquiátrico e analisada a partir de uma perspectiva das relações de gênero com enfoque nas masculinidades. O estudo mostra a presença, nas diversas formas de vivenciar a doença mental e nos discursos da grande maioria dos entrevistados, uma orientação das suas vidas cotidianas – antes e após o diagnóstico – ligada às estruturas de gênero tradicionais e ao modelo hegemônico de masculinidade.

Abstract

This communication is based on a qualitative research and discussed the relationship between mental illness, gender, masculinities and identities. The prime objective was to analyze the mental illness experiences from the chronicles of men undergoing mental treatment. The study was carried out in one mental health institution in the North of Portugal. Gender was the major category used to analyze the narratives of these men regarding the causes they attribute to their own mental illness and to changes in many aspects of their lives with impacts on their masculine identity. Data gathering was accomplished through life-story interviews with eight men with a psychiatric diagnosis, and they were analyzed from the perspective of the social relations of gender, particularly focusing on masculinities. Results show, in the great majority of narratives, the influence of traditional gender structures and the hegemonic model of masculinity in the different modes of experiencing mental illness and in the orientation of everyday life.

Palavras-chave: doença mental; identidades; gênero; masculinidades.

Keywords: mental illness; identities; gender; masculinities.

[COM0340]

Introdução

Esta comunicação articula as temáticas gênero e saúde mental. Tem base numa dissertação de mestrado em sociologia¹. Desde uma abordagem sociológica, questionamos uma noção de doença mental puramente orgânica, refletindo para além da dimensão individual (biológica/psicológica) e considerando também a dimensão coletiva (social, cultural, ambiental).

Percebemos como o gênero, enquanto marcador social da diferença/desigualdade, influencia os processos de saúde/doença a partir das experiências de oito homens em tratamento psiquiátrico numa instituição do norte de Portugal. Na literatura, ainda é incipiente a análise sobre a relação entre gênero e saúde mental, principalmente quanto à saúde mental masculina.

O trabalho busca diminuir tal lacuna analisando como o gênero se fez presente nos percursos masculinos de adoecimento e restabelecimento. O objetivo foi o de clarificar as questões: quais “causas” os homens atribuem à própria doença mental? quais os impactos da doença sobre suas identidades masculinas? Mais explicitamente, e tendo em conta as relações de gênero na sociedade ocidental contemporânea: é possível encontrar particularidades no sofrimento mental masculino?

Dito isto, a comunicação foi dividida em quatro partes. A primeira comenta brevemente o referencial teórico utilizado. A segunda esclarece os procedimentos metodológicos utilizados. A terceira parte, dividida em dois subtópicos, revela os resultados aos quais chegamos.

1. Conceitos utilizados

Um dos objetivos do trabalho foi analisar os impactos da vivência com a doença mental sobre as identidades dos homens em tratamento psiquiátrico. Neste sentido, utilizamos o conceito de identidade que, segundo Berger & Luckmann (1999) é um fenômeno que surge da dialética entre o indivíduo e a sociedade, formado e conservado por processos sociais que, por sua vez, são determinados pela estrutura social. Entre tais processos, há aqueles associados à classe, etnia, orientação sexual, gênero, entre outros.

Quanto ao gênero, referimo-nos “à “especificidade de homens e mulheres sob os pontos de vista social, cultural e psicológico” (Schouten, 2011: 13). No sistema que envolve o gênero, este pode ser compreendido através do que significa “masculino” e “feminino”. Falar em “masculinidade” ou “feminilidade” é falar em configurações (dinâmicas) de práticas de gênero (Connell, 1997). A diferença entre os gêneros e a (re)produção de uma ordem desigual é sustentada pelo manuseio do que se considera o masculino e o feminino e seus respectivos lugares no mundo (Brandão, 2007). O gênero constitui um princípio de divisão sexual que funda as identidades sociais masculina e feminina, assente numa visão androcêntrica. É essa visão que contribui para justificar a dominação masculina, muitas vezes reforçada por instituições sociais como a família, a escola e o Estado (Bourdieu, 1998) por acentuarem a divisão hierárquica entre os gêneros nos sistemas subjetivos.

O trabalho aborda as identidades masculinas. Connell (1997: 6) refere-se à masculinidade como, “ao mesmo tempo a posição entre as relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e mulheres se comprometem com essa pertença de gênero, e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura”. Utilizamos o conceito de masculinidade hegemônica (Connell, 1997), que corresponde não ao “papel” masculino, mas a uma forma particular de masculinidade que subordina outros tipos (Vale de Almeida, 1995). Para captar a maneira como ela funciona, é necessário ter em conta que o gênero está intimamente ligado à classe e à raça (Connell, 1997). Observando estas múltiplas conexões, torna-se possível considerar não apenas um tipo de masculinidade, mas várias masculinidades (de homens brancos e ricos; ou brancos homossexuais e pobres; ou negros e ricos; ou negros heterossexuais e pobres, etc.).

Existe um modelo hegemônico de masculinidade que opera e pode ter influência na eclosão e nos impactos da doença vivenciada pelos sujeitos desta pesquisa. Adiantamos que, sustentadas em diversos ideais, crenças e valores, têm existido e existem várias subjetividades masculinas face a uma subjetividade masculina

hegemônica que, ainda hoje, se conforma principalmente ao redor da ideia de que ser homem é “possuir uma masculinidade racional, autossuficiente, defensiva e controladora” (Bonino, 2000: 4). Ressalta-se que Amâncio (citada por Rodrigues, 2011: 25) destaca como traços tipicamente associados à masculinidade na sociedade portuguesa: “ser ambicioso, audacioso, autoritário, aventureiro, corajoso, desinibido, dominador, forte, independente, machista, superior, viril”. Rodrigues (2011), por sua vez, afirma que o modelo de masculinidade surgido desde uma análise de indicadores nacionais remete para um ideário de gênero associado a comportamentos e consumos com impactos negativos na saúde.

2. Percorso metodológico

Adotou-se uma metodologia qualitativa. O método foi o estudo de casos, cuja finalidade é uma ampla compreensão destes e onde, à partida, não existem restrições que limitem o investigador quanto ao número de facetas a explorar, mas depois é preciso que seja delimitado e refinado porque, como afirma Becker (1994: 119), é “utópico supor que se pode ver, descrever e descobrir a relevância teórica de tudo”.

A técnica para a recolha das informações foi a entrevista de história de vida, que permite agrupar experiências subjetivas do mundo e as suas representações comuns enquanto constituintes da matéria-prima com as quais o sociólogo trabalha (Brandão, 2010). Ressaltamos que uma história de vida “não traduz apenas a verdade subjectiva do seu narrador, mas também o modo como essa verdade é produzida num momento e num contexto histórico particulares” e que, através do individual é, “portanto, possível chegar à compreensão do modo como o universal se manifesta na singularidade” (idem, 2010: 52).

O tratamento das histórias de vida foi inspirado na *grounded theory*, que visa a compreensão da realidade através do conhecimento da percepção ou significado que um contexto ou objeto tem para os entrevistados. Os principais momentos da análise seguiram o “método comparativo constante” (Strauss e Corbin, 1998).

Entrevistamos oito homens que estavam em tratamento psiquiátrico conforme os seguintes critérios: fazer tratamento no regime aberto e estar fora de crise; ter recebido diagnóstico da doença mental há pelo menos um ano; compreender as dimensões éticas da pesquisa e participar voluntariamente.

Eis o perfil dos entrevistados:

Entrevistado	Idade	Situação conjugal	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional Atual	Internamento
E1	50	Casado	12º ano	Técnico em armazém de material elétrico	Desempregado	Não
E2	56	Casado	12º ano	Dono de negócios na área de indústrias	Baixa médica	Sim
E3	48	Viúvo	9º ano	Vendedor	Aposentado	Sim
E4	43	Casado	6º ano	Responsável por setor em uma fábrica	Baixa médica	Sim
E5	49	Solteiro recém-separado	Superior Completo	Artista plástico	Ativo	Sim
E6	32	Casado	7º ano	Técnico na área da engenharia têxtil	Desempregado/ Ativo. Trabalha por conta própria em casa	Sim
E7	57	Solteiro	12ºano	Carteiro	Baixa médica	Sim
E8	42	Solteiro	11ºano incompleto	Rececionista	Desempregado	Sim

3. Resultados

3.1 “Causas” da própria doença mental

3.1.1 Perda de entes queridos

O pesar pela morte de entes queridos surgiu como um desencadeante da doença mental. Para um dos entrevistados:

“Isto aconteceu mais porque a minha segunda mulher faleceu há dois anos e meio e eu fiquei só e as coisas começaram a correr mal depois daí” (E3).

Face a uma perda por morte, as emoções sentidas e as formas de expressá-las, as reações ao ocorrido e às mudanças consequentes são compreendidas também como uma questão cultural (Rosenblatt, 2003). É neste aspecto que se visualiza o lugar das emoções no domínio da cultura e, mais especificamente no caso deste trabalho, relacionadas com os papéis de gênero e a forma de os homens lidarem com o luto. Tradicionalmente, é esta a associação: as mulheres tendem a mostrar mais as emoções e os homens mais tendem ao seu controle, até mesmo numa situação como a do luto. O que este trabalho encontrou é que em situações de perda de entes queridos, um homem chora, mesmo que, muitas vezes, o faça escondido. Este choro começa a ser problemático quando ultrapassa o tempo “convencional” estipulado socialmente (“já estou assim há tempos”, diz o E3). O “normal” é que controlem as suas dores, que sejam o mais autossuficientes possível, que evitem pedir ajuda (que não se comportem como mulheres?) porque são socializados para enfrentar com o máximo de racionalidade até as maiores tragédias. O que se verificou é que a escassez de recursos simbólicos adequados (traduza-se: outras referências para vivenciar as diversas circunstâncias da vida) pode potencializar os prejuízos à saúde mental dos homens que lidam com uma situação de perda de pessoas queridas.

3.1.2 Fragilização dos laços familiares

Há narrativas que apontaram para problemas de convivência na família como causa da doença mental. Os episódios descritos revelam relações conflituosas entre homens (casados e pais) e as suas mulheres e filhos:

“Problemas com a minha esposa, familiares, com o meu filho” (E1)

“Eu me perguntei: ‘Se a minha família é o meu melhor apoio, o meu pilar, a minha âncora, e não me ouve agora, eu não estou aqui a fazer nada, eu não sou ninguém!’ E foi aí que tentei o suicídio” (E2).

Definir a família moderna é algo muito complexo. Se, por um lado, há uma fragilização da vida pública e o crescimento da intimidade no lar, por outro, há uma alteração das relações íntimas na medida em que os indivíduos, nas suas vidas conjugais e parentais, sentem desmoronar um conjunto de expectativas (muitas vezes, altas), com a agravante de o sentimento íntimo já não ser contrabalançado por um domínio público no qual podem envolver-se provisoriamente e de forma compensadora. Existe, atualmente, uma contradição entre a “centralidade do amor romântico” e o “fenômeno do individualismo” presente nas famílias atuais e que pode conduzir a uma relação problemática: interesses da família *versus* interesses do indivíduo (Dias, 2004). Esta contrapartida atinge, principalmente, a esfera do casamento. Aqui surgiu a necessidade de destacar a referida esfera pois, dentro do grupo familiar, a relação conjugal entre um dos homens entrevistados e a sua mulher apareceu como alvo de muitas queixas. A falta de relações sexuais foi mencionada.

“Já não fazemos amor há três meses. Dá-me a volta à cabeça” (E1).

As expectativas decorrentes da masculinidade hegemônica geram a necessidade de muitos homens terem que “provar e provar-se sexualmente”, privada ou publicamente, para confirmar a sua identidade masculina (Grimberg citado por Korin, 2001). Precisam de ser sexualmente capazes e ativos e o casamento supostamente pode servir para assegurar isto. Assim, no estudo, a prática sexual no casamento também surgiu como um importante constituinte da construção identitária.

Apesar das mudanças por que o sistema familiar ocidental tem passado, o que foi encontrado neste estudo é que os homens ainda veem na família o espaço onde devem ocupar o posto de líder e guia da esposa e dos filhos. A expectativa masculina acerca da mulher ainda está ancorada numa estrutura tradicional de família, na qual é normal as mulheres serem as responsáveis seja em prover a parte afetiva, seja a trabalhar em casa. Os papéis de marido e pai são cruciais para o exercício das masculinidades. Conforme as falas dos homens entrevistados, se há conflitos na família – capazes de impedir o exercício de tais papéis –, pode estar aí o gatilho para o sofrimento psíquico.

3.1.3 Problemas relacionados à esfera laborativa

Experiências relacionadas com o domínio do trabalho foram descritas pelos entrevistados como a razão do sofrimento mental. Há situações relativas à pressão, à sobrecarga de serviços e às relações pouco amistosas com colegas de trabalho:

“Tive uma crise por causa de um de meus negócios. Isso desestruturou-me completamente” (E2).

“A coisa da responsabilidade no trabalho. Fiquei muito atarefado, só pensava no trabalho e não dei pela minha saúde [...] Eu me relacionava com uns colegas de trabalho, eu era até capaz de defender a eles e eu é quem ouvia, não é? E isso eu vi que não me deram, não foram responsáveis, não me facilitaram as coisas” (E4).

Estas circunstâncias remetem para alguns dos elementos típicos da “ideologia da cultura e da excelência” que corresponde ao mercado de trabalho atualmente. Tal ideologia originou uma cultura onde os valores instaurados guiam os comportamentos e conformam crenças e mitos que atingem, inclusive, aqueles que estão fora do mercado de trabalho (Seligmann-Silva, 2006). Há uma forte relação entre os quadros clínicos dos trabalhadores e as imposições articuladas com tal ideologia, que tem como alguns dos seus componentes: competitividade, flexibilidade, velocidade/agilidade, evitar sentimentos, polivalência (obrigação do trabalhador de ter que dar conta de variadas funções). Assim, “o impacto destes ‘ingredientes’ na subjetividade abre um leque amplo de possibilidades quanto ao desenvolvimento ou não de um sofrimento mental que venha a tornar-se patológico” (idem: 76). Ademais, características associadas com a masculinidade hegemônica entrelaçam-se com a racionalidade do trabalho. Tolson (citado por Marques & Amâncio, 2004) ressalta que as qualidades esperadas de um trabalhador-modelo estão intimamente relacionadas com as do homem-modelo. Competitividade, velocidade, agilidade, supressão de emoções, responsabilidade, grande esforço etc., permeiam ambos os universos.

Surgiram, ainda, narrativas que relacionaram o desemprego e o sofrimento mental. São situações onde a experiência do desemprego ou o medo de ficar desempregado contribuíram para desencadear os sinais de sofrimento:

“Problemas de trabalho, a falta de emprego” (E2).

“Tava muito tenso e, se calhar, tava com uma depressão e nem sabia, não consigo trabalho” (E1).

“A falta de trabalho. Não havia trabalho por fazer, era a falta de encomendas na fábrica, o medo de ficar sem emprego” (E4).

A questão da falta do trabalho, além da dificuldade que impõe à arrecadação de bens materiais, pode comprometer um homem na sua “dignidade masculina” porque, como nota Welzer-Lang (2001), alguns homens desempregados, embora permaneçam “homens” nas suas relações com suas mulheres, seguem uma mobilidade social que os aproxima seriamente da condição de exclusão e precariedade de algumas mulheres.

3.1.4 Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas

O abuso de álcool e/ou outras drogas também apareceu nas narrativas como “causa” da doença.

“Foi devido ao álcool” (E7).

“Foi da droga. Eu andava com más companhias e afundei-me nas drogas, ‘fritei’” (E8).

As experiências dos entrevistados sugerem situações onde o que era um hábito simples e normal fugiu do controle e desencadeou um problema mais sério e onde a família passou a perceber uma mudança de comportamento. Os E7 e E8 afirmam é que viviam “normalmente”, sem grandes problemas, até se reconhecerem ou serem reconhecidos como “viciados”:

P: *“Mas passava por algum mau momento na altura?”*

R: *“Bebia mesmo por gosto, não tinha motivos” (E7).*

R: *“Era só por diversão. Andava com os amigos pras festas e usava” (E8).*

O E7 afirmou que, embora já tivesse o hábito de beber álcool quando mais jovem, foi com aproximadamente aos 25 anos que recebeu, pela primeira vez, tratamento psiquiátrico “por conta de problemas com o alcoolismo”. Costumava, a princípio, ir aos cafés da aldeia para beber, jogar as cartas ou conversar com os colegas. Depois, passou a consumir com assiduidade também em casa e sozinho. Enfatizou que não tinha motivos para beber, fazia-o apenas para se distrair, “bebia por beber”, porque é “normal”, mas acabou por “cair no vício”.

O E8 relatou que há mais ou menos dezenove anos teve a sua primeira consulta de psiquiatria. Na época, vivia com a família no sul do país. Residia numa zona bastante movimentada e, especialmente por isso, gostava de sair com os amigos, ir às festas e andar com as “miúdas”. No contexto de interação com os amigos, passou ao consumo regular de álcool e outras substâncias psicoativas. Referiu, ainda, a influência de “más companhias”. Tal como o E7, destacou não passar por nenhuma situação de dificuldade que o motivasse a consumir. Simplesmente, gostava de sair à noite, de se divertir e de “sentir a adrenalina” na companhia dos rapazes da mesma faixa etária. Era algo “da idade” e “calhou” de ficar assim.

O consumo de álcool/outras drogas enquanto uma prática cotidiana pode ser tido como um “ritual de iniciação à virilidade” (Falconnet & Lefaucheur, 1977). Estas práticas são construídas como atributos masculinos, sugerem um jogo de provas e riscos e são consideradas “normais” desde a juventude e ao longo da vida. Frequentemente, estão associadas com espaços “intrassexuais” como os cafés, os bares ou as tabernas (Vale de Almeida, 1996). E estes, como espaços da vida pública, são palcos, por excelência, das sociabilidades masculinas. Estar nesses espaços é aceitável ou até obrigatório pois a domesticidade e a solidão são mal vistas (como traços de antissocialidade e de virilidade diminuída). Mas não basta estar entre outros homens: “o que se faz com eles – beber, fumar, partilhar, conversar, competir e brincar –, são atividades coercivas” (idem: 185). O autor nota, ainda, que os objetos mais trocados no café são os cigarros e as bebidas alcoólicas. E ressalta: as bebidas devem ser consumidas em comum porque isso prova aos outros que a motivação para beber não é, necessária ou fundamentalmente, alcoólica.

O consumo de substâncias psicoativas é visto como algo natural/normal, como coisa própria de homens, ou – quando adolescentes – como coisa “da idade”. Mas, conforme as narrativas dos entrevistados, mesmo estes hábitos têm um limite: quando este é ultrapassado, ou seja, quando passa a ser visto como um comportamento “desviante” e desencadeia acontecimentos que interfiram no desempenho de suas masculinidades (não casar/ não ter filhos, abandonar o trabalho, passar a sofrer com outras doenças, viver em estado de embriaguez/ “fritar”), irrompe daí a doença mental.

3.2 Impactos da doença mental nas identidades masculinas

3.2.1 Esfera da família

Aqui foram destacadas as mudanças ocorridas no âmbito da família decorrentes da experiência com a doença mental. Eis os aspectos enumerados: aumento ou diminuição da qualidade no relacionamento com os familiares; sentimentos de tristeza, medo, impotência, podendo alguém da própria família entrar em depressão; mudanças de hábitos, de rotinas, havendo casos em que a família mudou de outra zona do país para o Norte guiada pela expectativa de aceder a um tratamento psiquiátrico mais promissor; impacto econômico tanto pelo abandono/interrupção do trabalho pelo sujeito com doença mental, como por parte de alguém da família (um entrevistado referiu que a mãe deixou o emprego de anos para se dedicar exclusivamente a cuidar dele). A maior parte dos entrevistados referiu ainda que, na família, conta mais com a atenção de pessoas do sexo feminino (mães, mulheres, irmãs). Isto confirma que o provimento de cuidado e as relações que lhes são consideradas próprias foram construídos historicamente, cabendo às mulheres a função de suas principais executoras (Rosa, 2003).

Sobre os impactos da enfermidade mental no contexto de interação com as famílias nas identidades dos entrevistados, destacamos:

“Porque quando eu tentei o suicídio, eu saí de casa e o que é que se passa agora? Toda vez que vou ficar sozinho: “Não vai” e “Calma, eu só vou ao café!”. Sinto que eu não sou eu, que se antes não havia isso e agora sou observado a tempo total. Mas, eu, no fundo, entendo, já não é como antes, digo que eu não sou mais o mesmo” (E2).

Como afirmam Borba et al. (2008: 592), “cuidar de um familiar que sofre psiquicamente envolve uma relação que, por vezes, assemelha-se à relação estabelecida com crianças”. O E2 relata o incômodo com a atitude da família – a mulher e as filhas, principalmente – face à sua situação. O fato de “ele não se sentir ele” sugere uma metamorfose na sua identidade masculina. Antes, via-se e era visto como um homem, adulto, dava conta das coisas da casa, estabelecia a ordem. Agora, é cuidado e tutelado pela família, tratado como um “puto”. Perdeu o estatuto de homem adulto e adquiriu o estatuto de menor, sugerindo uma alteração dos papéis no seio familiar. Agora é o protegido e não o protetor. Antes, era o “chefe da família”; agora, parece ter perdido a sua autoridade e a sua credibilidade, pois a identidade social de doente adquiriu prevalência.

Outro entrevistado relata a descrença, por parte da família, nas suas mais simples ações no dia a dia:

“Não posso estar numa festa de família, vejo logo que estão todos a vigiar [...] mal beber um copito de vinho que já estão a chatear” (E1).

Noutro caso, apesar do incômodo com a erosão do seu lugar na relação familiar, há um elemento que reflete uma mudança considerada positiva pelo entrevistado, que é a aproximação aos outros membros da família:

“Naquela altura, a prioridade era o trabalho e só depois a família [...] eu não dialogava muito, mas, agora, depois de tudo, o que eu penso é viver o dia a dia mais perto da minha família, ficar mais perto dos meus filhos, passar mais tempo com eles [...]antes, eles estavam a brincar, mas irritava-me. Agora eu já aceito mais” (E4).

Dávila (2004) afirma que a separação do espaço doméstico do laboral implica um distanciamento devido ao horário de trabalho, diminuindo a interação familiar. Também o desgaste físico e emocional exigido pelo trabalho pode deteriorar a qualidade da atenção que o pai pode oferecer aos filhos (idem). Acrescentamos que esta distância se deve ainda a um traço da masculinidade hegemônica, que demanda das mulheres e não dos homens o cuidado e a atenção voltada para os filhos. Mas, com o E4, a passagem do domínio laboral para o doméstico devido ao sofrimento mental tem promovido a mudança de uma postura de pai mais tradicional (ausente, distante) para uma postura mais presente, carinhosa.

Um outro aspecto levantado por outros entrevistados, solteiros, é o fato de a enfermidade mental dificultar o estabelecimento de vínculos amorosos:

“Solteiro, nunca casei e penso que é devido à doença [...] tás com um gajo que, às vezes, atrofia é vergonhoso. Não vais querer casar, ter filhos, ter uma vida com uma pessoa que vive esse estado” (E7).

Uma das dificuldades em firmar um compromisso amoroso liga-se ao estigma associado à doença mental: é uma pessoa não aceitaria facilmente envolver-se com um homem que tenha o diagnóstico e, provavelmente, seja também rotulada, estigmatizada. Na prática, tem a ver com o “efeito contaminação” referido por Goffman (1988), que corresponde ao ato de alguém que é estigmatizado “contaminar” o outro que seja visto em sua companhia.

Por outro lado, há um caso em que um entrevistado não relatou situações que sugerem o “efeito contaminação” e chegou a estabelecer uma relação amorosa, mas a sua rotina de crises e comportamentos instáveis fez com que a parceira acabasse por desistir do relacionamento:

“Tive uma namorada, ela gostava de mim, até saiu de lá para vir ter comigo cá [...]. Ela não aguentou a relação, era instável, eu, quer dizer, o meu comportamento. Por acaso, gostava [de ter uma família]” (E8).

A ausência da relação amorosa (seja devido ao estigma ou às dificuldades devido aos sintomas) também tem impactos nas identidades masculinas. Ter um relacionamento é um dos requisitos que assegura essas identidades e consiste no “primeiro passo”: depois, é casar, ter filhos, construir uma família. Para concretizar isto tudo, segundo o E8, é ainda preciso possuir um trabalho minimamente estável, algo que ele não tem. Isto remete para a noção de *package deal*, de Townsend (2002), que consiste num “pacote” composto por quatro elementos que simbolizam o sucesso masculino: ser casado, ter filhos, ter um emprego sólido e ter uma casa.

Assim, tanto para os entrevistados casados, como para os solteiros, a presença da doença mental pode levantar dificuldades à obtenção ou manutenção do seu lugar tradicional (de pai, marido, provedor, chefe) na esfera privada da família, já que a identidade masculina perde espaço para a identidade de doente. Por outro lado, mesmo que sejam “forçados” a passar mais tempo na esfera doméstica devido à enfermidade, alguns deles incorporam os seus novos papéis na família de maneira positiva (mudam a postura com a esposa e os filhos, aproximam-se de maneira mais carinhosa dos seus entes, etc.).

3.2.2 Esfera das amizades

A doença mental tem impactos sobre na esfera das amizades. Alguns entrevistados indicaram o afastamento ou rompimento da rede de amizades assim que foi revelada a sua condição. É referido que conhecidos e até mesmo alguns amigos próximos reagiram com estranhamento à sua situação. O trato na relação alterou-se e a dificuldade em manter as relações de amizades esteve intimamente ligada ao estigma decorrente da identidade social de doente mental.

O afastamento/rompimento com os amigos também pode acontecer por iniciativa da própria pessoa que vivencia o sofrimento, que procura o autoisolamento como forma de evitar situações de estigmatização. O E7, por exemplo, relata que evita a companhia das pessoas com quem costumava conviver porque sente que não está no seu estado “normal” e fica envergonhado e apreensivo sobre o que elas possam dizer da sua situação. Leff e Warner (2008) afirmam que, em constante confronto com o estigma e o preconceito por parte tanto do público, como dos próprios profissionais da saúde mental, não é surpresa que as pessoas com doenças psiquiátricas comecem a ver-se a si próprias como inferiores às outras e que o impacto disto na sua autoimagem possa levar à exclusão social.

Um outro fator apontado para o afastamento/rompimento com as amizades é o internamento psiquiátrico. Como este rompe a vida cotidiana dos pacientes, acaba dificultando o manuseio da rede social relacionada com os amigos e o trabalho.

Mas se, por um lado, a doença pode ser um obstáculo para a manutenção/constituição da rede de amizades, por outro, pode também proporcionar um fortalecimento desses laços, e, assim, há também quem não tenha sentido mudanças na sua relação com os amigos.

Também há aqueles que não têm relações de amizade e costumam conviver somente com a família.

Por fim, às vezes, nem a convivência com a família, como o E3, que, sem amigos e sem grande convivência com os familiares, se sente sozinho e isolado.

Mesmo com a variedade de circunstâncias em relação às amizades (há quem tenha amigos, há quem não os tenha), um elemento merece destaque: o enfraquecimento da rede de amizades gera diferentes incômodos para estes homens.

“Muito isolado, fico fechado em casa o dia todo, com o sistema nervoso tenso [...] Uns copos, reunir para falar com o pessoal sobre o futebol, a situação do país, essas atividades normais” (E1).

“Antes, eu costumava sair mais, mas agora custa-me muito sair de casa [...]. Eles vêm me visitar, é uma forma de aliviar a minha cabecinha” (E2).

Para os entrevistados, o normal é que as pessoas tenham amigos e com estes interajam, que falem sobre diversos assuntos. Faz-lhes falta a sociabilidade no espaço público, pois grande parte deles permanece muito tempo apenas em casa. São relatadas situações de tédio, ócio e vontade de praticar certas atividades que, outrora, eram parte do cotidiano e realizadas, nalgumas situações, com os amigos. Em casa, têm alguma distração, como ver televisão ou ir ao computador, mas são coisas que, geralmente, fazem de forma solitária. O seu convívio social é de uma pequena dimensão e, muitas vezes, está restrito à esfera da família.

Ressaltamos que, à exceção de um entrevistado, todos relataram que, ao longo da vida, cultivam/cultivaram amizades quase exclusivamente com outros homens. Um único entrevistado (E5) conserva amizades mais sólidas com mulheres. Segundo ele, as amigas aceitam-no como é e têm “códigos” parecidos com os seus. Com elas, mantém uma relação mais próxima, mais carinhosa, confia intimidades e o seu mal-estar não chegou a interferir nessas relações. Com homens (heterossexuais) não costuma ter relações de amizade e isto é justificado pelo fato de aqueles pensarem de maneira diferente da sua em muitos aspetos. Ressaltou, ainda, a reserva de muitos homens heterossexuais em manter uma relação de amizade com homens homossexuais.

Dos outros entrevistados que têm/tinham amizades fundamentalmente masculinas e heterossexuais, apenas o E2 sustenta relacionamentos que envolvem mais autorrevelação, troca de confidências, apoio mútuo em situações difíceis. Os demais relataram que a sua convivência com outros homens dava-se mais em ocasiões de lazer e que nem sempre se estabelecia um estreitamento dos vínculos. São companheiros da vizinhança ou do trabalho, com os quais se reúne para socializar: assistir jogos de futebol, jogar cartas, beber uns copos, falar de política, etc. São os amigos “da rua”.

De uma forma geral, as relações de amizade dos entrevistados com um grupo específico no espaço “extradoméstico” funcionam como uma estratégia de identidade, como se, nessas interações, estivessem presentes muitos elementos de construção da sua masculinidade. Segundo Vale de Almeida (1996), na sociabilidade intrassexual se constroem e se reproduzem diversos discursos e práticas de masculinidade e nos espaços tidos como “palcos da sociabilidade masculina” (bares, cafés, “saídas”), atividades como beber, fumar, brincar, competir, conversar, parecem cumprir a função de criar laços independentes da família e do trabalho.

O teor desta investigação não permite fazer uma análise mais profunda sobre a qualidade das relações de amizade destes homens, mas foi possível observar que o distanciamento da rede de amizades em consequência da doença mental os incomoda e interfere nas suas identidades masculinas.

Por estarem frequentemente isolados na esfera privada sentem o reforço da identidade de doente. Se a amizade outorga identidade a estes sujeitos, a falta dela “retira-lhes” aspectos importantes de confirmação das suas identidades masculinas. Estes laços reforçam o seu sentido de pertença ao mundo masculino.

3.2.3 Na esfera do trabalho

O domínio do trabalho parece ter sido o mais afetado pela doença mental. O questionamento sobre os impactos sofridos nessa esfera refletiu uma unanimidade: todos os entrevistados relataram modificações negativas na execução parcial ou total das suas atividades laborais.

As variadas situações sobre os impactos da doença mental no domínio do trabalho surgiram também associadas às subjetividades masculinas dos entrevistados. Concorde-se com Sarti (citada por Adrião & Nascimento, 2006) quando afirma que o trabalho, mais do que um meio de sobrevivência material, constitui o substrato da identidade masculina: forja uma maneira de ser homem, oferece a sua condição de autonomia moral, de afirmação positiva de si, que lhe permite dizer “eu sou”.

Para alguns, a falta do rendimento proporcionado pelo trabalho, tal como no estudo de Salles e Barros (2009), complica a vida material (comer, beber, vestir) e social (lazer, convivência, liberdade). O rendimento é o que lhes possibilita controlar as suas vidas e sentirem-se realizados em variadas esferas das mesmas.

Podemos verificar mudanças nas identidades masculinas de certos entrevistados (casados e atualmente desempregados) na medida em que se viram impossibilitados de assegurar o papel de provedores:

“Eu não estou a trabalhar, mas a minha mulher sim, e eu devo conseguir o mesmo. Ela ralha comigo porque eu não tou a trabalhar e eu acho que ela tem a sua razão” (E1).

“Ficar desempregado é o que me custa, tenho dois filhos para sustentar” (E6).

A responsabilidade de manter a família financeiramente protegida – um traço importante da masculinidade hegemônica – é uma obrigação bastante valorizada por estes homens. A ideia da responsabilidade está ligada diretamente à ideia de ser provedor e, geralmente, os homens incorporam-na desde a mais jovem idade através do processo de socialização (Velásquez, 2009).

De maneira geral, os homens casados aceitam e apoiam a atividade laboral das mulheres, o que demonstra as transformações que as vidas familiar e profissional têm sofrido nas últimas décadas, nomeadamente em Portugal (Wall, 2010). Mas apoiar o trabalho da mulher não significa encarar de forma satisfatória a sua atual condição: a impossibilidade de exercer uma atividade laboral remunerada. Para as mulheres, a possibilidade de ter um trabalho remunerado pode funcionar como opção, mas, para os homens, é ainda um “mandato social” pois o seu reconhecimento social assenta no êxito no trabalho na vida pública (Velásquez, 2009).

O reconhecimento através do trabalho não está presente para estes homens apenas através da capacidade de gerar recursos materiais/sociais para si e/ou para a família. Ele traduz-se em algo moral (como exemplo aqueles que recebem um salário – seja porque estão de baixa médica, seja porque estão reformados –, mas não se sentem realizados). Assim, sofrem também por não terem a identidade de trabalhadores:

“Sinto-me inválido quando não consigo realizar as minhas atividades” (E5).

“Fico preocupado com a imagem que eu tou a passar para eles (filhos). Não é o correto, não quero que eles fiquem a pensar que é normal estar sem trabalhar” (E4).

A maioria dos entrevistados exprime o desejo de ter um/voltar ao trabalho e, nalguns casos, o investimento no tratamento de saúde mental é a prova disso:

“E isto que eu tou a fazer [ao submeter-se a tratamento]: tentar voltar ao meu trabalho, lutar para voltar àquilo que eu era” (E4).

O que se observou é que, para estes homens, o trabalho funciona como um imperativo moral que lhes concede segurança, dignidade, autonomia, independência face à família e à sociedade.

Estar fora de casa e trabalhar é uma função não exclusiva, mas necessariamente masculina, um dos requisitos que faz com que os indivíduos sejam vistos como responsáveis, honestos, cidadãos.

Mesmo com todas as transformações no mundo do trabalho, este aspecto surgiu como algo fulcral, como um atributo de um sentido de vida aos entrevistados, coincidindo com um dos traços típicos de uma concepção hegemônica de masculinidade.

Considerações finais

As histórias de vida dos homens em tratamento psiquiátrico sugerem a forte influência do gênero como um determinante social da saúde mental. Além do gênero, outras variáveis (situação conjugal, idade, origem socioeconômica, escolaridade), permeiam as suas narrativas e produzem efeitos de semelhança ou diferença entre as suas vivências. A identidade de gênero destes homens surge ligada a um modelo de masculinidade hegemônica que i) atua como fator de vulnerabilidade à doença mental; ii) com as mudanças decorrentes da enfermidade, continua a repercutir-se fortemente nas suas identidades masculinas. Os significados construídos pelos entrevistados acerca das causas e impactos da doença mental mostram modos de adoecer particularmente masculinos.

Corroboramos com aquilo que outros estudos sobre as masculinidades já notaram: os homens ainda são fortemente socializados para serem autônomos, controladores de suas próprias emoções, provedores do lar, heterossexuais, etc. Por ser um modelo ideal, a masculinidade hegemônica não é atingida na sua plenitude por nenhum homem, mas exerce um efeito regulador sobre as mulheres e sobre todos os homens (inclusive sobre aqueles que a contestam ou tentam romper com alguns dos seus aspectos).

Refletir sobre estas questões levou-nos a confirmar o que também têm notado outros estudos: a coexistência de uma pluralidade de masculinidades e não apenas de um único modo de ser homem – constantemente reproduzido como natural e imutável. Também através dos discursos destes homens, confirmamos o quadro de mudanças e permanências no palco das relações de gênero na sociedade ocidental descrito por outros estudos. Questionamos, por fim, noções de homogeneidade, essencialização e cristalização que frequentemente envolvem os termos homem/ mulher, masculinidade, identidade, saúde/ doença mental.

Referências

- Adrião, K.; Nascimento, P. (2006), Mudanças sociais e gênero: vivências de atualizações de modelos de masculinidade em duas comunidades de Pernambuco. *Revista Tecnologia e Sociedade*. UFPR, pp. 265–290.
- Becker, H. (1994), *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1999), *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Bonino, L. (2000), Varones, género y salud mental – desconstruyendo la normalidad masculina, in Segarra, M.; Carabí, A (eds.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria, pp. 1-10. Recuperado em 15 de setembro, 2012, de: <http://www.luisbonino.com/pdf/Varones%20genero%20salud%20mental.pdf>.
- Borba, L. O; Schwartz, E.; Kantorski, L. P. (2008), A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Ata Paulista de Enfermagem*, v. 21, nº4, pp. 588-594. Recuperado em 27 de julho, 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>.
- Bourdieu, P. (1998), *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- Brandão, A.M. (2010), *E se tu fosses um rapaz?: homo-erotismo feminino e construção social da identidade*. Porto: Afrontamento.
- Connell, R. (1997), La organización social de la masculinidad, in Valdés, T.; Olivarría, J. (eds.). *Masculinidad/es: Poder y Crisis*. Santiago: Ediciones de las Mujeres, pp. 31-48.
- Dávila, R. (2004), *Representaciones de la masculinidad en adolescentes de dos grupos de diferente estrato socio-económico de Lima metropolitana*. Tese de licenciatura em Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Dias, I. (2004), *Violência na família – uma abordagem sociológica*. Porto: Afrontamento.
- Falconnet, G; Lefaucheur, N. (1977), *A fabricação dos machos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Goffman, E. (1988), *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Korin, D. (2001), Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, v. 2, nº 2, pp. 67-79.
- Marques, A. M.; Amâncio, L. (2004), “Homens de classe: masculinidades e posições sociais”, In *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A Questão Social no Novo Milênio*. Coimbra, pp. 1-13.
- Rodrigues, E. (2011), Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional. *Saúde & Tecnologia*, nº 6, pp. 24-31. Recuperado em 25 de julho, 2012, de: http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/985/1/S%26T6_art4.pdf.
- Rosa, L. (2003), *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Rosenblatt, P. C. (2003), “O luto em sociedades de pequena escala”, In Parkes, C. M.; Laungani, P.; Young, B. (Coords.). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Salles, M.; Barros, S. (2009), Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Ata Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 22, nº 1, pp. 11–16. Recuperado em 2 de agosto, 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a02v22n1.pdf>.
- Schouten, M. J. (2011), *Uma sociologia do gênero*. Ribeirão: Edições Húmus.
- Seligmann-Silva, E. (2006), “Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos”, In Mendes, R.(Orgs.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, pp. 64-98.
- Strauss, A.; Corbin, J. (1998), *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. 2 ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Townsend, N. (2002), *The Package Deal: Marriage, Work and Fatherhood in Men’s Lives*. Philadelphia: Temple University Press.
- Vale de Almeida, M. (1995), *Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Velasquez, A (2009), Ser provedor no es suficiente: reconstrucción de la identidad en los varones. *La manzana: cuestiones laborales*, v.4, nº 7, s/p. Recuperado em 25 de agosto, 2012, de: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/num7/proveedor.html>.
- Wall, K. (2010), A conciliação entre a vida profissional e a vida familiar em casais com filhos: Perspectivas Masculinas, in Wall, K.; Aboim, S.; Cunha, V. (Eds.). *A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, pp. 97-128.
- Welzer-Lang, D. (2001), A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, v. 9, nº 2, pp. 460–482. Recuperado de 25 de setembro, 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>.

¹ Alves, T. (2012), “Ou sou um homem ou sou um louco”: construções das identidades de gênero de homens diagnosticados com a doença mental. Tese de mestrado em Sociologia. Universidade do Minho.