

# Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer

Alberto Mesaque Martins  
Andréa Pereira Gazzinelli  
Suellen Santos Lima de Almeida  
Celina Maria Modena

Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte – MG – Brasil

**Resumo:** Este estudo teve por objetivo identificar as concepções de psicólogos sobre a experiência de adoecimento em homens com câncer. Na perspectiva da Pesquisa Qualitativa e dos referenciais das Teorias de Gênero, foram entrevistados 13 psicólogos que atuam em serviços especializados em oncologia de Belo Horizonte–MG. Os resultados apontam para as implicações do processo de socialização e construção da identidade masculina na experiência de adoecimento por câncer, refletindo em dificuldades de mobilização e adesão ao tratamento oncológico. Ao enfatizar a dimensão biológica, a estruturação psíquica e os aspectos socioculturais como constituintes dessas singularidades, o discurso dos entrevistados indica o determinismo e a culpabilização destes sujeitos, desconsiderando aspectos organizacionais e institucionais que contribuem para esse cenário. Observa-se a necessidade de construção de espaços crítico-reflexivos que possibilitem a discussão sobre as especificidades de gênero nos serviços de saúde, na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade.

**Palavras-chave:** neoplasias; gênero e saúde; masculinidade; saúde do homem; Psicologia Social.

## Introdução

Por muito tempo, as questões voltadas para a compreensão da relação entre o processo de saúde/adoecimento/cuidado e as masculinidades estiveram à margem dos estudos, pesquisas e debates sociais (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Apesar do reconhecimento da necessidade e viabilidade da construção de políticas públicas pautadas na perspectiva de gênero, observa-se que as questões relacionadas aos homens e às masculinidades vêm ocupando um espaço ainda incipiente, tanto na produção acadêmica quanto nas intervenções realizadas pelos movimentos sociais organizados (ARILHA, 2010).

Conforme aponta estudo do Instituto Allan Guttmacher (2003), os homens passam despercebidos em importantes documentos mundiais, como, por exemplo, a Declaração do Milênio, em especial, as Metas do Milênio. O mesmo ocorre no que refere às perspectivas do Banco Mundial, cujo enfoque recai sobre o desenvolvimento econômico das mulheres, abrindo pouco espaço para discussão sobre as especificidades do público masculino (ARILHA, 2010).

Ao analisar a inserção dos homens na pauta de debates e nas discussões das Nações Unidas, Arilha (2010) aponta para a invisibilidade e negligência quanto ao público masculino nas discussões no campo de gênero. Em razão das raízes históricas desse conceito, primeiramente desenvolvido e utilizado no seio dos movimentos feministas, observa-se que esse

termo é, cada vez mais, utilizado como sinônimo de “mulheres”. Nesse sentido, é recorrente a associação dos trabalhos realizados na perspectiva de gênero ao estudo das questões relacionadas às feminilidades e mais recentemente, aos movimentos homoafetivos.

O processo de socialização dos homens, marcado pela dominação e opressão das mulheres, tem sido apontado como um dos fatores que contribuíram para esta realidade. Quando inserido nas discussões feministas, é recorrente que o homem seja representado como um vilão, um opressor, um inimigo que ameaça a saúde e autonomia das mulheres, contribuindo para a manutenção da exclusão da população masculina da pauta de discussões de gênero (OLIVEIRA, 2003).

Este cenário histórico, marcado pela luta das mulheres por sua autonomia, emancipação e direitos sexuais e reprodutivos, orientou a elaboração e construção das políticas públicas em saúde. Apesar dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), este ainda se encontra orientado, preferencialmente, para a Saúde Materno-Infantil, enfatizando aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, contribuindo para a instituição de uma cultura organizacional voltada para esse público específico (MACHIN et al., 2011).

Outra dimensão a ser considerada refere-se à construção social da masculinidade e os múltiplos significados a ela atribuídos no contexto brasileiro. O sentimento de invulnerabilidade, presente no imaginário masculino, contribui para que os homens se exponham cada vez mais a riscos, tornando-se, assim, mais vulneráveis ao adoecimento (BRAZ, 2005; MACEDO et al., 2010; GOMES, 2011).

Em uma sociedade “machista” e “patriarcal”, como a brasileira, espera-se que o “homem de verdade” seja viril, corajoso, provedor, forte e invulnerável, não abrindo espaço para preocupações com a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (BRAZ, 2005). No imaginário social, este tipo de preocupação traria consigo um caráter de fragilidade, socialmente atribuído à figura da mulher (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Diante dessa realidade, a partir das últimas décadas do século XX, reconheceu-se a necessidade da inclusão dos homens nas políticas públicas de saúde, considerando suas singularidades e realçando as vulnerabilidades físicas ou psíquicas, as quais esse grupo está submetido (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Assim, pode-se considerar que há um crescimento, ainda que incipiente, de ações programáticas que vêm focalizando o homem, em uma perspectiva de gênero, e buscando a construção de espaços que possibilitem a participação do público masculino nas discussões dos programas de saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

No Brasil, essas ações encontram-se respaldadas pela recém-instituída Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida por meio de uma parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. A PNAISH tem como objetivo principal:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o

aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009, p. 2)

Como mecanismo para efetivar suas ações, a PNAISH prioriza as estratégias de educação em saúde, no sentido de informar e orientar a população masculina, seus familiares e comunidade sobre aspectos voltados à promoção, prevenção e tratamento dos agravos e enfermidades do homem (BRASIL, 2009).

A PNAISH propõe ainda a capacitação técnica dos profissionais de saúde, por meio da inclusão da temática da Atenção Integral à Saúde do Homem na pauta de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2009). A discussão dessa temática com os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde faz-se necessária tendo em vista a imersão desses trabalhadores em um contexto sócio histórico marcado pela desigualdade entre os gêneros.

No documento básico da PNAISH, um foco significativo é dado às estratégias de atenção às neoplasias que, dado o constante aumento da incidência na população mundial, vem mobilizando a sociedade científica a produzir saberes a esse respeito (BRASIL, 2009).

Entretanto, ao analisar a produção bibliográfica, no que se refere à atenção ao câncer, percebe-se uma grande ênfase desses estudos ao cuidado da mulher, em detrimento de estudos que tragam, em sua centralidade, a figura do homem com câncer (MESQUITA; MOREIRA; MALISKI, 2009). Burille et al. (2009) apontam para o fato de que, quando se pensa em programas de saúde do homem, no âmbito da oncologia, há uma lacuna de conhecimentos, práticas e programas que atendam essa parcela significativa da população. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as concepções de psicólogos sobre a experiência de adoecimento de homens com câncer.

## **Método**

O estudo foi realizado na perspectiva da Pesquisa Qualitativa tendo em vista o seu potencial de aprofundar a compreensão dos sentidos, significados, crenças, atitudes e valores que perpassam o processo de saúde/adoecimento/cuidado (MINAYO, 2007). Foram considerados os pressupostos das Teorias de Gênero (SCOTT, 1995), sobretudo os estudos acerca da relação entre as masculinidades e os cuidados em saúde (CONNEL, 1995; GOMES, 2008).

Segundo Scott (1995) o conceito de gênero refere-se às relações sociais entre os sexos, construídas socialmente a partir da diferença sexual entre homens e mulheres. Deve-se considerar que esse conceito não se resume à dimensão sexual, marcada pela díade pênis-vagina. Antes, diz respeito às relações de poder que orientam os modos de pensar e agir de homens e mulheres na sociedade.

Nesta perspectiva, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com psicólogos que atuam nos serviços especializados em oncologia, públicos e privados, da cidade de Belo Horizonte – MG. Optou-se por trabalhar com essa categoria profissional tendo em vista a sua aproximação e maior envolvimento com as dimensões simbólicas e subjetivas dos pacientes.

A partir de consulta à página virtual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNESnet) foram identificados os serviços especializados em oncologia, públicos e privados, situados na cidade de Belo Horizonte – MG. Em seguida, foi realizado um contato telefônico ou via correio eletrônico, convidando todos os psicólogos que atuam nos serviços de psicologia dessas instituições. Participaram deste estudo todos os psicólogos que aceitaram o convite.

As entrevistas estiveram alicerçadas nas concepções dos psicólogos acerca da vivência do câncer pelo público masculino e as concepções desses profissionais acerca das especificidades de gênero. Os discursos foram gravados e analisados na perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1976).

Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, da confidencialidade das informações prestadas e, em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de flores.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz – pelo parecer n. 13/2010, protocolo 03/2010 em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

### Participantes

A consulta ao CNESnet apontou para 28 instituições que prestam serviços especializados em oncologia na cidade de Belo Horizonte – MG. Aceitaram o convite para participação na pesquisa, 13 psicólogos que trabalham em oito das instituições convidadas, sendo três instituições privadas, três públicas e beneficentes, uma pertencente à rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e um hospital universitário.

Deve-se considerar que sete das instituições encontradas no CNESnet não possuíam, em seu corpo clínico, profissionais de psicologia e, ainda, que três instituições, apesar de cadastradas como serviços especializados em oncologia, não possuíam esses serviços em funcionamento na ocasião da coleta de dados.

### O homem diante das mudanças impostas pelo adoecimento

O adoecimento por doenças graves, degenerativas e crônicas como o câncer, propicia uma drástica e repentina mudança na existência dos pacientes. Após a confirmação do diagnóstico, o paciente é levado a defrontar-se com um novo cotidiano, marcado por espaços até então desconhecidos, rotinas de tratamentos dolorosos e invasivos, além de passar a relacionar-se com um grande número de profissionais de saúde (SILVA, 2009). Os psicólogos entrevistados apontaram para esse momento de mudança na vida dos pacientes:

Ele se vê naquela condição: acamado, com uma fralda, com uma sonda, cheio de procedimentos invasivos. Então, tem um impacto muito grande na vida! Tem uma transformação que ele não tem domínio! (Jasmim).

Deve-se considerar que a experiência de adoecimento é vivenciada pelo sujeito em sua totalidade, não se restringindo apenas à sua dimensão biofísica, abrangendo toda a sua existência, produzindo importantes transformações e ressignificações. Xavier et al. (2010) apontam para a necessidade de considerar os aspectos de gênero no âmbito da oncologia, tendo em vista que homens e mulheres vivenciam de forma distinta o adoecimento por câncer, seja no lidar com o diagnóstico, seja na adaptação à nova condição imposta pelo adoecimento e tratamento.

As singularidades evidenciadas na vivência do câncer, por homens e mulheres, podem ser atribuídas ao processo de socialização e construção das masculinidades em nossa sociedade. Enquanto as mulheres são ensinadas a observar o próprio corpo, a cuidar de si e dos demais membros da família, os homens são incentivados a garantir a segurança da casa, a provisão material, em uma constante demonstração e reafirmação da sua força e virilidade (GOMES et al., 2008; ALVES et al., 2011). O adoecimento e as limitações impostas pela doença não condizem com o papel atribuído ao homem em nossa cultura, contribuindo para dificuldades de adesão, manutenção e adaptação ao tratamento oncológico. O discurso dos psicólogos entrevistados revela essas singularidades:

Eles falam muito: "até ontem eu era dono de bar, tava andando no meu bar pra baixo e pra cima, fazendo as minhas coisas, cuidando da minha família, pondo dinheiro na casa. O que é que eu sou agora? Olha o que é que eu virei?" (Jasmim).

Adoecer pro homem é realmente muito difícil! (...) A gente vê pessoas que são provedores, que estão preocupados. Pacientes, por exemplo, que vão pro CTI que estão preocupados em trazer um celular porque tem que definir coisas pessoais da vida lá fora (Orquídea).

As alterações na rotina e o afastamento da vida social contribuem para que os homens assumam uma nova posição diante da sociedade. Nesse sentido, durante um longo período, o homem deverá ocupar uma nova e inesperada condição: a de doente, que o retira da sua posição de invulnerabilidade, revelando suas limitações e fragilidades e explicitando a necessidade de cuidados. Essa nova condição mostra-se incoerente com a posição ocupada pelos homens na vida cotidiana, caracterizada pela força, invencibilidade e reafirmação de poder, levando, então, a uma reconstrução e ressignificação dos sentidos atribuídos à masculinidade (WALL; KRISTJANSON, 2004; GANNON et al., 2010; MESQUITA; MOREIRA; MALISKI, 2011).

De repente, ele se vê com uma sonda, de repente tá usando fralda. Pro homem, isso tem um impacto tão profundo dentro da pessoa que, às vezes, ele não quer nem falar da doença! (...) Não é a doença, muitas vezes, que tira a pessoa disso, é a condição que ele se encontrava: fragilizado, a sensação de impotência. É impressionante como o homem se transforma! (Jasmim).

Ele não é acostumado a ser cuidado e de repente ele tem que ser (Rosa).

Outra dimensão a ser considerada na vivência do câncer pelo público masculino diz respeito à sua corporalidade. Durante o tratamento oncológico é recorrente que o ho-

mem tenha o seu corpo, até então resguardado e intocável, exposto a diversos procedimentos invasivos, como passagem de sonda, exame de toque retal, dentre outros. Conforme aponta Michelazzo (2003), o corpo não se resume a contornos e limites biofísicos, mas refere-se à totalidade da pessoa, à sua existência. Assim, o corpo é marcado por múltiplos sentidos e significados.

Em casos de maior debilidade física, como aquela propiciada pelo câncer, o paciente se vê diante da impossibilidade de cuidar do seu próprio corpo, o que o leva a entregá-lo aos cuidados da equipe de saúde ou, ainda, aos cuidadores familiares para procedimentos diários como banho e higiene íntima. Ao entregar o seu corpo para ser cuidado por um profissional de saúde, o enfermo realiza uma entrega total de si, de sua existência:

Ele passa a ser uma pessoa nas suas mãos. Aquilo que eu falei antes: ele não tem mais referencial. Você troca a fralda dele, o corpo tá todo invadido, ele se expõe totalmente (Violeta).

Aceitar passar uma sonda, aceitar dar o banho. Porque aceitar que está dependente é muito complicado (Jasmim).

Conforme aponta Gomes et al. (2008) o corpo masculino é marcado por uma interdição social que regula o que pode ou não ser exposto. Tratando-se das nádegas e do ânus, esta região é marcada por um conjunto de simbolismos, o que faz que o toque retal, comumente utilizado como método preventivo e de controle do câncer de próstata, seja percebido como uma violação da masculinidade.

Essa situação se agrava em vista do grande número de profissionais do gênero feminino que atuam no cuidado dos homens, gerando um desconforto diante da necessidade de exposição do corpo. Durante o processo de socialização, os homens são incentivados a demonstrar e reforçar a virilidade e a indestrutividade, sobretudo para as mulheres, tendo em vista os jogos sexuais. Assim, a exposição das fragilidades e limitações do corpo adoecido, recorrentes na experiência de câncer, mostra-se incoerente com as concepções de virilidade presentes no imaginário social (KELLY, 2009).

Eles têm muito medo, a gente vê a questão da agulha, de ser tocado, né, de fazer um exame, de se expor a um técnico de enfermagem, aos cuidados também. “Uma mulher vai me dar banho?” (Tulipa).

Outro dia nós tivemos um senhor aqui: “ninguém nunca me viu nu. Só a minha esposa, assim mesmo no escuro. Eu não vou permitir que as minhas filhas e netas, ninguém... mulher não põe a mão em mim!” (Violeta).

Soma-se ainda a associação da figura do câncer à morte e ao morrer. Nesse sentido, é recorrente que o diagnóstico de câncer seja recebido pelo paciente e seus familiares como uma sentença de óbito. Assim, o psicólogo hospitalar ocupa um importante papel na equipe interdisciplinar, possibilitando a construção de espaços de escuta e de elaboração da angústia, relacionados ao processo de adoecimento, por pacientes, familiares e profissionais de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2004).

A oncologia é uma clínica difícil porque os pacientes sofrem, porque vem aquele estigma de que o câncer é uma doença fatal. Muitas vezes a família não fala com os pacientes (Orquídea).

Porque o câncer e a oncologia é um mito, né? Então assim: “aquela doença”, “a coisa ruim”, “aquilo que não pode ser falado”. Então, simbolicamente, essa representação do câncer, ela é muito forte e muito pesada pro paciente. Aí a gente tem que lidar com isso (Dália).

Deve-se considerar que a experiência do câncer não é vivenciada apenas pelo indivíduo de forma isolada. Dadas às limitações impostas pelo adoecimento e a recorrente necessidade de afastamento em busca de tratamento, a família é convocada a reorganizar e redistribuir as funções dos membros familiares (SILVA et al., 2008).

O cenário brasileiro ainda carrega marcas de um sistema familiar patriarcal, composto por famílias que se organizam e se mantêm a partir da figura do homem. O afastamento do homem da centralidade da família e a redefinição de papéis propiciados pelo adoecimento desorganizam o sistema familiar, contribuindo para o surgimento de angústias, tanto para os homens quanto para as mulheres (SILVA, 2009). As implicações do câncer na família dos pacientes do gênero masculino são apontadas pelos participantes:

Por mais que seja ele, a pessoa acometida, essa doença não é exclusiva dele, mas de todas as pessoas que estão ligadas, que se interessam e que participam, aí, dessa situação (Magnólia).

Às vezes, o chefe da família é o homem. É ele que manda, é ele que trabalha, é ele que sustenta. Aí, de repente, vem um diagnóstico de câncer. Desestrutura muito a família, toda a organização! (Rosa).

Desestrutura tudo porque ele estrutura a família inteira! (...) Os papéis se invertem, o convívio social passa a ser outro, ele fica limitado a um leito, um hospital (Violeta).

Diante dessa realidade, faz-se necessário a criação e o desenvolvimento de ações que possibilitem o acolhimento e o acompanhamento da família do paciente oncológico, levando em conta os aspectos relacionados ao gênero. Tais ações possuem potencial de auxiliar os pacientes e seus familiares na elaboração de culpas e angústias, expressão de sentimentos, bem como orientar os familiares na redistribuição de papéis e na redefinição de funções (GLAJCHEN, 2004; MACIEIRA; BARBOZA, 2009).

No contexto dos profissionais entrevistados, essas práticas se traduzem em atendimentos clínicos, sobretudo individuais, realizados nos leitos das enfermarias ou, ainda, em nível ambulatorial, nos consultórios. Percebeu-se ainda, o desenvolvimento dos grupos terapêuticos voltados para os pacientes e seus familiares. Entretanto, tais atividades possuem em sua centralidade o público feminino, de modo que, em nenhum dos serviços, existam atividades voltadas especificamente para o público masculino.

## **Discurso dos psicólogos sobre as especificidades de gênero**

A história de vida do paciente, anterior à internação, foi apontada pelos entrevistados como um importante fator que pode facilitar ou dificultar a implicação dos homens ao

tratamento oncológico. O paciente, ao adentrar o mundo do hospital e vivenciar o tratamento, traz consigo a sua história e irá reproduzir, no contexto hospitalar, atitudes e hábitos presentes em seu cotidiano.

A forma de adoecer, ela não se diferencia muito da forma como a gente se coloca na vida (Magnólia).

É da história de vida de cada um mesmo. É como ele lida com essa história. Porque o paciente adoecer da mesma forma como ele vive (Dália).

Os discursos apontam para a possibilidade do exercício de diferentes masculinidades em contextos socioculturais semelhantes. Nesse sentido, a construção dos modos de “ser-homem” passa por uma dimensão coletiva, na qual o grupo idealiza um modelo hegemônico de masculinidade a ser buscada pelos homens, mas que, ao ser introjetada e vivenciada numa dimensão individual, recebe marcas da história singular de cada indivíduo, levando à construção de distintas masculinidades (CONNEL, 1995).

Segundo Connel (1995), a masculinidade refere-se a uma configuração de práticas em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Para o autor, esse conceito não se refere apenas a uma abstração ou idealização do que é esperado dos homens, mas diz respeito àquilo que os homens realmente fazem em seu cotidiano.

Como apontado anteriormente, os modos como são construídas as masculinidades na cultura brasileira contribuem para dificuldades na adesão, manutenção e continuidade do tratamento oncológico. Para os psicólogos entrevistados, tratando-se dos pacientes que vivem no meio rural, essas dificuldades ganham maior evidência. Assim, a construção da masculinidade no meio rural parece estar alicerçada em modelos mais rígidos e inflexíveis de masculinidade, contribuindo para uma menor abertura para reformulações e adaptações:

O pessoal do interior, normalmente, é mais preocupado com essa questão de ser homem, ser mulher. O homem é que trabalha, o homem é que bota dinheiro em casa, a mulher é subordinada. Então, assim, quando acontece desse homem adoecer, é complicado! (Rosa).

Ele tem muito mais as características masculinas arraigadas. Então ele não se dobra, ele não quer se afetar com isso. Então ele se mostra duro, ele entende tudo, fica triste, mas se mantém, não chora, não se desespera, não pensa em morrer, nada disso (Girassol).

Ah é muito pior! As dificuldades daquele homem da roça, forte, do interior. Ele não vai ao médico não. O homem da cidade não, já faz um check-up. O do interior é mais difícil ele iniciar o tratamento. Geralmente, ele vem num estágio mais avançado da doença também (Azaleia).

Explicações acerca das origens das diferenças sociais entre homens e mulheres vêm sendo construídas e discutidas desde a inserção da temática de gênero no seio dos movimentos feministas. Scott (1995, p. 88), aponta que “estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”. Nesse sentido, a prática dos profissionais de saúde carrega as influências dos modos como estes concebem e explicam as relações de gênero.



Observou-se que, para os psicólogos, as especificidades de gênero estão alicerçadas em, pelo menos, três dimensões, que, apesar de discutidas separadamente neste artigo, mostram-se articuladas e em constante interação. A primeira trata-se da influência dos aspectos biológicos e naturais à constituição das diferenças entre homens e mulheres. Assim, ao serem questionados acerca das origens das especificidades entre os gêneros, alguns entrevistados apontaram para a dimensão sexual dos pacientes:

Eu acredito que seja necessariamente essa questão do masculino e do feminino mesmo, essa diferença do macho e fêmea. É visível a característica com relação ao sexo mesmo, ao sexo da pessoa. Se ela é do sexo masculino ou do sexo feminino (...). Isso é uma questão natural do homem, do masculino! (Dália).

É característica do homem mesmo. A mulher, ela é mais falante, mais comunicativa (Azaleia).

A mulher já vem, desde pequena, ela já fala melhor dos seus sentimentos. (...) Já tá intrínseco que mulher chora, mulher fala (Margarida).

A segunda dimensão evidenciada neste estudo refere-se à determinação psíquica das diferenças entre os gêneros. Ancorados em uma perspectiva psicodinâmica, os entrevistados chamam a atenção para a importância da estrutura de personalidade, constituída ainda na infância, orientando o sujeito em seu modo de se colocar no mundo durante toda a existência. Nessa perspectiva, as características da estrutura obsessiva, recorrentes na posição masculina, contribuem para que os homens adiem a possibilidade de deparar-se com as limitações, buscando encontrar meios para que essa falta não seja evidenciada. Por outro lado, as mulheres ocupam uma posição mais histérica diante do mundo, contribuindo para uma maior capacidade e necessidade de apontar e explicitar em seu cotidiano, a falta que a constitui.

É a própria posição masculina mesmo [...]. A questão estrutural que ajuda muito nisso. Se a gente pensar na questão da estrutura, com mais obsessivo no lado dos homens, ele já põe alguma coisa no lugar pra aquela falta não aparecer. Então, eu acho que a estrutura ajuda (Lavanda).

Se a gente pensar que as mulheres são mais neuróticas históricas, que elas falam mais disso, elas demandam mais, elas dão mais presença. Eu acho que o sofrimento pra elas tem um significado de chamar ao outro pra ajudar a resolver, de demandar que o outro escute, de demandar que o outro ajude. E o caso dos homens, eu acho que não tanto assim (Papoula).

Não é nem só cultural! É mesmo de masculino e feminino, pela característica mesmo do homem e da mulher. (Dália).

A terceira dimensão, por sua vez, está relacionada à influência de aspectos culturais na origem das diferenças entre os gêneros. Oliveira (2004) chama a atenção para o processo de construção social das masculinidades, realizado no contexto sócio-histórico, através da instituição de modos de agir de homens e mulheres. O discurso dos entrevistados aponta

para o processo de socialização de homens e mulheres como importantes fatores na explicitação de especificidades na vivência do processo de adoecimento:

A mulher, já naturalmente, desde a adolescência, do início da puberdade, ela já é estimulada a procurar um médico pra poder fazer os preventivos todos (Dália).

A mulher, desde que nós nascemos, a gente brinca de casinha, de boneca, de filhinho, de cuidar. [...] O homem, a criação dele é: lá fora, ele pode brincar lá fora, ele vai brincar de carrinho, que ele tá viajando, que ele é caminhoneiro, que ele é pedreiro (Tulipa).

Essa cultura da autossuficiência, da sensação, que por muito tempo, ainda, se incorporou [...] essas são inoculações culturais que são impostas e que impedem essa abertura pra receber ajuda. E isso, nós não nascemos necessariamente dessa maneira não, mas fomos, muitas vezes, induzidos a funcionar desse jeito (Magnólia).

Se tomadas de forma isolada e desarticulada, as dimensões apontadas pelos psicólogos podem se tornar uma errônea compreensão das masculinidades, enquanto processos estanques e imutáveis. Tendo em vista a dimensão histórica do conceito de gênero, deve-se considerar que se trata de um processo aberto às mudanças e em constantes transformações (CONNEL, 1995).

Conforme aponta Machin et al. (2011), o conjunto de representações dos profissionais de saúde, acerca dos aspectos ligados ao gênero, pode trazer importantes implicações no modo de pensar e agir nos serviços de saúde. A compreensão das especificidades de gênero nos serviços de saúde pode contribuir para a construção de novos modos de agir, possibilitando ações inovadoras, criativas, que considerem o sujeito em sua integralidade, não se restringindo apenas ao corpo adoecido.

## Considerações finais

O desenvolvimento de ações em saúde, voltadas para o público masculino, nos serviços de oncologia, ainda se configura como um grande desafio para gestores e trabalhadores em saúde. A dificuldade de mobilização dos homens, a baixa adesão às atividades ofertadas e o recorrente sentimento de não pertencimento aos serviços de saúde se apresentam como importantes barreiras a serem compreendidas e superadas.

No presente estudo, o discurso dos psicólogos entrevistados revela a complexidade que permeia o processo de saúde/adoecimento/cuidado dos homens, corroborando as pesquisas desse campo, que apontam para as implicações do processo de socialização e construção da identidade masculina na forma como esses sujeitos se vinculam aos serviços e profissionais de saúde. Como já fora apontado por Braz (2005) a dimensão de gênero não orienta apenas modos distintos de viver, mas, de forma semelhante, contribui para o delineamento de maneiras específicas de adoecer e morrer, compartilhadas socialmente.

Somadas às limitações impostas pelo próprio adoecimento, marcadas por fragilidades e restrições, os homens apresentam dificuldades em adaptar-se à nova rotina, até então, pouco familiar e desconhecida e, à nova posição social, incoerente com os ideais estabelecidos pelo modelo hegemônico de masculinidade, pautado na independência, na força e no poder. Desse modo, ao adentrarem os serviços de saúde, os homens carregam consigo suas histórias e os sentidos atribuídos à masculinidade, que refletem, assim, na maneira como se relacionam com o tratamento oncológico.

Todavia, a categoria de gênero não se restringe apenas aos pacientes, de modo que os profissionais de saúde, enquanto sujeitos sócio-históricos, não se encontram isentos de suas implicações. Nesse sentido, as representações de gênero orientam discursos, concepções e práticas, e se concretizam nas instituições de saúde, seja nas ações oferecidas ou mesmo naquelas que são silenciadas ou relegadas a segundo plano.

Para os entrevistados, as singularidades de gênero podem ser compreendidas em, pelo menos, três dimensões, em constante interação no seu discurso. A primeira, pautada em premissas biológicas, atribui a homens e mulheres características inatas, preconcebidas, que dizem respeito à sua constituição natural de “macho” e “fêmea”. A segunda encontra no determinismo psíquico padrões de personalidade típicos do homem e da mulher, que justificam seu modo de pensar, sentir e agir, bem como seu distanciamento das ações de cuidado. Por último, observou-se que a dimensão sociocultural permeou grande parte dos discursos, revelando o papel das agências de socialização, sobretudo a família e a escola, na construção dos modos de ser homem.

Mais do que identificar verdades sobre o processo de construção das singularidades de gênero e das diferenças entre homens e mulheres, ressaltam-se os perigos de considerar gênero como uma categoria estanque, imutável e predeterminada, seja a partir de premissas biológicas, psíquicas ou até mesmo socioculturais. O determinismo presente na fala dos entrevistados parece sustentar um discurso que justifica, no próprio homem, a ausência de serviços e ações que considerem suas singularidades, produzindo assim, um processo de culpabilização desse público pelo seu distanciamento, sem levar em conta os fatores organizacionais e institucionais que contribuem para esse cenário ou, ainda, as possibilidades de transformação dessa realidade.

Tratando-se da Psicologia, enquanto ciência e profissão, o encontro com as necessidades e demandas do público masculino, apresenta-se como um campo, ainda pouco explorado e um tema ainda incipiente na formação e produção científica. Nesse sentido, destaca-se, aqui, a viabilidade de novos estudos que aprofundem na discussão e compreensão do processo de saúde/adoecimento/cuidado dos homens, considerando aspectos psicossociais.

Na mesma direção, observa-se a necessidade de construção de espaços crítico-reflexivos que possibilitem a discussão e a reflexão acerca das especificidades de gênero nos serviços de saúde, visando à resignificação das concepções dos profissionais de saúde acerca das singularidades do público masculino, e possibilitando a construção de ações de cuidado, orientadas pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que sustentam o SUS.

## CONCEPTIONS OF PSYCHOLOGISTS ABOUT THE GETTING SICK PROCESS OF MEN WITH CANCER

**Abstract:** This study aimed to identify the views of psychologists about the experience of illness in men with cancer. From the perspective of qualitative research and references of Gender Theories, interviewed 13 psychologists who work in specialized oncology in Belo Horizonte-MG. The results point to the implications of the socialization process and construction of masculine identity in the illness experience of cancer, reflecting difficulties in mobilization and adherence to cancer treatment. Emphasizing the biological dimension, the psychic structure and socio-cultural aspects as constituents of these singularities, the interviewees indicate the determinism and culpabilisation these subjects, ignoring organizational and institutional aspects that contribute to this scenario. There is a need to build spaces that to critical reflective discussion about the specifics of gender in health services from the perspective of universality, fairness and integrity.

**Keywords:** neoplasms; gender and health; masculinity; men's health; Social Psychology.

## CONCEPCIONES DE PSICÓLOGOS ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD DE HOMBRES CON CÁNCER

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo identificar los puntos de vista de los psicólogos en la experiencia de la enfermedad en hombres con cáncer. En vista de las teorías de la investigación cualitativa y las Teorías de Género, se entrevistaron 13 psicólogos que trabajan en servicios especializados en oncología de la ciudad de Belo Horizonte-MG. Los resultados apuntan a las consecuencias del proceso de socialización y construcción de la identidad masculina en la experiencia de la enfermedad por cáncer, lo que refleja en dificultades de movilización y adhesión al tratamiento del cáncer. Al enfatizar la dimensión biológica, la estructura psíquica y aspectos socio-culturales como constituyentes de estas singularidades, los entrevistados indican el determinismo y la culpabilización des estos hombres, ignorando los aspectos organizativos e institucionales que contribuyen a este escenario. Hay una necesidad de construir espacios que permitan la discusión crítica reflexiva sobre los aspectos específicos de género en los servicios de salud desde la perspectiva de la universalidad, equidad e integridad.

**Palabras clave:** neoplasmas; género y salud; masculinidad; salud del hombre; Psicología Social.

## Referências

- ALVES, R. F. et al. **Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, set./dez. 2011.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioniera Thomson Learning, 2004.
- ARILHA, M. **Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva**. Jundiaí: Editora in House, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1976.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2009.
- BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97-140, 2005.

BURILLE, A. et al. Os homens com câncer e os serviços de saúde: um olhar através da perspectiva de gênero. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA e XI ENPÓS e I MOSTRA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 18., 2009, Pelotas. **Anais...** Pelotas: UFPE, 2009. Disponível em: <[http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS\\_00046.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_00046.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2011.

CONNEL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

GANNON, K. et al. Re-construction masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. **The Aging Male**, v. 13, n. 4, p. 258-264, 2010.

GLAJCHEN, M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. **Journal of Supportive Oncology**, v. 2, n. 2, p. 145-155, 2004.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

GOMES, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 556-574, 2007.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

THE ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE. **In their own right**: addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide. New York, 2003.

KELLY, D. Changed men: the embodied impact of prostate cancer. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 2, p. 151-163, 2009.

MACEDO, M. M. K. et al. Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 154-170, 2010.

MACIEIRA, R. C.; BARBOZA, E. R. C. Olhar paciente-família: incluindo a unidade de cuidados no atendimento integral. In: VEIT, M. T. (Org.). **Transdisciplinaridade em oncologia**: caminhos para um atendimento integrado. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009. p. 119-126.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

- MESQUITA, M. G. R.; MOREIRA, M. C.; MALISKI, S. L. Em busca de conhecimento sobre o homem com câncer: uma experiência internacional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 421-424, 2009.
- MESQUITA, M. G. R.; MOREIRA, M. C.; MALISKI, S. L. But I'm (became) different. **Cancer nursing**, v. 34, n. 2, p. 150-157, 2011.
- MICHELAZZO, J. C. Corpo e tempo. **Revista Brasileira de Daseinanalyse**, v. 12, n. 1, p. 8-27, 2003.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- OLIVEIRA, C. Os homens também mudam. In: PARKER, R.; CORREA, S. (Org.). **Sexualidade e política na América Latina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2003.
- OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2004.
- SCHRAIBER, L.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SILVA, M. R. B. et al. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 1, p. 70-75, 2008.
- SILVA, L. C. **O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica**. Maringá: UEM, 2009.
- WALL, D.; KRISTJANSON, L. Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate cancer. **Nursing Inquiry**, v. 12, n. 2, p. 87-97, 2004.
- XAVIER, A. T. F. et al. Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 921-926, 2010.

### **Contato**

Alberto Mesaque Martins

e-mail: mesaque@cpqrr.fiocruz.br

### **Tramitação**

Recebido em abril de 2011

Aceito em março de 2012