

A assistência psicológica aos homens com câncer: reflexões na perspectiva de gênero

The psychological assistance to men with cancer: reflections from gender perspective

Alberto Mesaque Martins¹

Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas)

Andrea Pereira Gazzinelli²

Psico-Oncologia (FCMMG)

Suellen Santos Lima de Almeida³

Celina Maria Modena⁴

Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas)

RESUMO

Na perspectiva da Pesquisa Qualitativa e dos Estudos de Gênero esse estudo teve como objetivo identificar e analisar as concepções de psicólogos sobre a assistência oferecida ao público masculino com câncer. Foram entrevistados 13 psicólogos que atuam em serviços especializados de oncologia na cidade de Belo Horizonte-MG. Os resultados apontam que a assistência oferecida aos homens com câncer encontra-se permeada por singularidades relacionadas à dificuldade de mobilização e adesão desse público às práticas de cuidado. O processo de socialização e construção da identidade masculina foi apontado como um importante elemento que contribui para este cenário. Observa-se ainda que a atuação dos

¹ Psicólogo, Mestrando em Psicologia (UFMG) - Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) – E-mail: albertomesaque@yahoo.com.br. **Endereço para correspondência:** Av Augusto de Lima, 1715 – Sala 206 – Barro Preto – Belo Horizonte – Minas Gerais – CEP: 30190-001.

² Psicóloga, Especialista em Psico-Oncologia (FCMMG) – E-mail: deiaqazzi@yahoo.com.br.

³ Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva (Fiocruz) - Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) – E-mail: almeidasuellen@ig.com.br

⁴ Psicóloga, Pós-Doutorado em Saúde Coletiva (Fiocruz) – Professora Ajunta do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) – E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

Esse estudo refere-se a um dos produtos da pesquisa intitulada “Câncer e Masculinidades: o sujeito e a atenção à saúde”, financiada pela FAPEMIG e CNPq.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq).

psicólogos prioriza o atendimento das mulheres e crianças com câncer, revelando a dificuldade de reconhecimento dos homens enquanto sujeitos de cuidado e das práticas assistenciais. Faz-se necessária a inclusão da temática das masculinidades no âmbito da oncologia e a construção de processos de trabalho que favoreçam o reconhecimento de suas necessidades.

Palavras-chave: Neoplasias, Gênero, Masculinidade, Atuação do Psicólogo.

ABSTRACT

From the perspective of Qualitative Research and Gender's Theories this study aimed to identify and analyze the conceptions of psychologists about the assistance offered to the male public with cancer. We interviewed 13 psychologists who work in specialized oncology services in Belo Horizonte-MG. Results show that the assistance offered to men is permeated by singularities related to the difficulty of mobilizing and adhesion their to the care practices. The process of socialization and construction of masculine identity was described as an important element that contributes to this background. We also observe that the performance of psychologists priority to assistance of women and children with cancer, revealing the difficulty of recognition of men as subjects of care and care practices. It is necessary to include the theme of masculinities in the oncology and to build work processes that enable the recognition of their needs.

Keywords: Neoplasms, Gender, Masculinity, Psychologist Performance.

Introdução

A compreensão do processo de saúde e adoecimento da população masculina vem se configurando como um importante campo de debates no âmbito acadêmico-científico e no contexto político-econômico mundial (Gomes, 2008). No Brasil, a temática das masculinidades vem sendo inserida na pauta de discussões em Saúde Coletiva favorecendo a emergência de estudos e intervenções voltados para a prevenção e promoção da saúde dessa parcela significativa da população (Couto & Gomes, 2012).

Estudos apontam para as implicações de gênero na maneira como os homens se vinculam aos serviços de saúde e exercem as práticas de cuidado (Brasil, 2009; Medrado et al., 2009; Machin et al., 2011). O modelo de masculinidade

hegemônica, apregoado e idealizado por homens e mulheres contribui para a valorização de modos específicos de “ser homem” ancorados em estereótipos como a força física, coragem, determinação e enfrentamento de situações de risco (Oliveira, 2004). Tais concepções restringem as possibilidades para a manifestação de fragilidades e vulnerabilidades pelos homens, comprometendo assim sua qualidade de vida e condições de saúde (Gomes, 2008).

Aos aspectos socioculturais, somam-se ainda as influências dos aspectos organizacionais e institucionais que também se configuram como importantes elementos que dificultam e, em alguns casos, inviabilizam o acesso dos homens aos serviços de saúde (Brasil, 2009; Gomes et al., 2011). Atravessado pelas questões de gênero, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro prioriza o atendimento de mulheres, crianças e idosos, ainda hoje representados como indivíduos “frágeis”, “vulneráveis” e, portanto, reconhecidos como sujeitos universais das políticas públicas de saúde (Lago & Muller, 2010; Machin et al., 2011). Ainda persiste a dificuldade de reconhecimento das demandas e necessidades da população masculina nesses espaços (Schraiber, 2012).

Frente a esse cenário, nos últimos anos observa-se o surgimento e expansão de iniciativas que buscam propiciar reflexões sobre as implicações do processo de socialização e construção da identidade de gênero nas condições de saúde da população masculina (Couto & Gomes, 2012). No Brasil, tais esforços encontram-se traduzidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 2009 e ainda em fase de implementação (Brasil, 2009).

Devido ao aumento significativo das taxas de incidência, prevalência e letalidade do câncer entre a população masculina brasileira, a PNAISH possui um foco significativo no desenvolvimento de ações voltadas para a assistência oncológica (Brasil, 2009). Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o biênio 2012-2013, são esperados cerca de 257.870 novos casos de neoplasias entre os homens brasileiros, com maior incidência e prevalência dos cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e, estômago (INCA, 2011).

Estudos apontam que os homens experienciam de modo singular o adoecimento por câncer assim como o processo de hospitalização, recorrente do tratamento oncológico (Dázio, Sonobe & Zago, 2009). As limitações impostas pela enfermidade e a mudança no papel social propiciada pela hospitalização contribuem para a sensação de subtração e perda da masculinidade, favorecendo sentimentos de angústia, desesperança e baixa autoestima, exigindo assim uma atuação profissional distinta e contextualizada, considerando-se os aspectos biopsicossociais (Mesquita, Moreira & Maliski, 2011; Martins, Gazzinelli, Almeida & Modena, 2012).

Nesse contexto, a atuação do psicólogo nas equipes de saúde oncológicas vem sendo apontada como necessária e imprescindível (Martins et al., 2012). Entretanto, a saúde do homem mostra-se como um tema ainda pouco discutido na formação em Psicologia e nos programas de Educação Permanente, podendo refletir em dificuldades na assistência psicológica oferecida a essa população. Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo identificar e analisar as concepções de psicólogos sobre a assistência oferecida ao público masculino nos serviços de oncologia.

Método

O estudo foi realizado segundo os pressupostos da Pesquisa Qualitativa (Flick, 2009), tendo em vista o seu potencial para subsidiar a compreensão das crenças, representações, sentimentos, sentidos e significados que os diferentes sujeitos atribuem ao processo de saúde/adoecimento/cuidado.

O referencial teórico que orientou a pesquisa foram os Estudos de Gênero (Scott, 1995), sobretudo aqueles voltados para a compreensão da relação entre as Masculinidades e os Cuidados em Saúde (Gomes, 2008; Medrado et al., 2009). Segundo Scott (1995) gênero refere-se a “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e [...] uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p.86).

Mais do que enfatizar as singularidades entre os homens e mulheres de forma binária e dicotômica, essa perspectiva teórica é também política. Ela procura explicitar os processos pelos quais essas mesmas diferenças são transformadas em instrumentos de dominação e desigualdades sociais. Desse modo, o reconhecimento das diferenças sexuais não apenas abre espaço para a construção de estereótipos, mas também delimita aos sujeitos lugares hierarquicamente distintos na tessitura social (Scott, 1995).

Tendo em vista o seu caráter discursivo, as questões de gênero encontram-se impregnadas em toda a vida social, orientando assim os modos de pensar, sentir e agir dos diferentes sujeitos que compõem a cena do cuidado. Nessa perspectiva, as organizações de saúde passam a ser compreendidas como instituições sociais genderificadas, sendo, portanto, palco de manifestação e (re)produção das desigualdades de gênero, muitas vezes desapercibidas e negligenciadas (Schraiber, 2012).

No presente estudo, foram entrevistados psicólogos(as) que atuam nos Serviços Especializados em Oncologia (SEO), públicos e privados, da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais. As instituições foram selecionadas a partir de consulta à página virtual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde do Ministério da Saúde (CNESnet), que apontou para a existência de 28 instituições.

Em seguida, realizou-se contato telefônico ou via correio eletrônico com todos os psicólogos(as) que atuam nestes espaços formalizando assim o convite para participação na pesquisa. O estudo foi composto por todos os profissionais que afirmaram o interesse e a disponibilidade para participação na pesquisa. Nesse sentido, aceitaram o convite 13 psicólogos, sendo 12 mulheres e 01 homem, que trabalham em 08 instituições distintas, sendo 03 privadas e 03 públicas e/ou beneficentes.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado, alicerçado nos seguintes eixos: práticas desenvolvidas pelos psicólogos no contexto da

oncologia; concepções acerca da assistência oferecida ao público masculino com câncer e percepções sobre a relação dos homens com o tratamento oncológico.

Os discursos foram gravados, transcritos e analisados na perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1976). Nesse sentido, foram realizadas leituras exaustivas das transcrições e, em seguida, construídas categorias temáticas e unidades de significado que subsidiaram o processo de interpretação e construção dos resultados.

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, os nomes dos mesmos foram substituídos por nomes fictícios.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ - MG – pelo parecer nº 13/2010, protocolo 03/2010 em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

A análise das entrevistas apontou para a existência de duas categorias temáticas: as singularidades percebidas na assistência aos homens com câncer e, a atuação profissional voltada para o público masculino na oncologia.

Singularidades percebidas na assistência aos homens com câncer

Para os psicólogos entrevistados a assistência oferecida aos homens encontra-se permeada por singularidades que a torna distinta daquela disponibilizada às mulheres. Essas concepções encontram-se pautadas na percepção da maneira distinta como os homens se vinculam às ações e à equipe de saúde e na constatação de dificuldades de adesão e vinculação dos mesmos às atividades propostas, especialmente no que se refere aos atendimentos e

intervenções onde é necessária a expressão de sentimentos e a manifestação de emoções e fragilidades: “Eu acho que eles têm uma dificuldade de falar de si mesmo e isso é nítido” (Paloma). “As mulheres ficam mais dispostas a falar, mais dispostas a voltar (...) O homem vai vir menos vezes. Ele vai abandonar mais rápido o atendimento psicológico. Ele vai pedir com mais frequência um término”. (Patrícia).

Os participantes também destacaram a dificuldade de mobilização dos homens para os atendimentos e outras ações desenvolvidas pelos Serviços de Psicologia. Para eles, é recorrente a necessidade de convencimento dos homens pelos familiares e outros profissionais de saúde para que procurem a assistência psicológica. Nesse sentido, frequentemente, é necessário que os homens sejam “trazidos” ou “direcionados” aos serviços de psicologia por um terceiro – quase sempre uma mulher, revelando a complexidade que permeia o processo de construção de vínculos, atravessado pelas questões de gênero: “Muitas vezes eles são trazidos pelas esposas ou pelas filhas (...) A mulher fala assim: ‘Não bem, vamos lá! Não amor, vamos lá, eu vou te levar!’ (Priscila). “A demanda masculina é mais porque o outro quer. ‘O médico pediu pra procurar a psicóloga, a minha esposa quer que eu vou na psicóloga’. A esposa vem e marca. Tem muito disso” (Paola). “Quando ele (o homem) vai, ele ta indo levado por alguém que falou: ‘não, você tem que ir de qualquer jeito! Eu vou te levar! Você vai sim!’ Então tem alguém que leva!” (Pedro).

Mais do que um comportamento natural, a maior participação das mulheres, seja como mães, esposas, filhas e cuidadoras, na cena de cuidado de si e dos outros no campo da saúde reflete o processo de divisão sexual do cuidado (Lago & Muller, 2010). Desde a infância, as meninas são estimuladas a cuidarem de si e daqueles ao seu redor, enquanto os homens são incentivados a buscar condições existenciais nas quais possam garantir o desempenho do papel de provedores materiais e protetores de suas famílias (Oliveira, 2004; Gomes, 2008).

Em uma sociedade marcada pelas discriminações e desigualdades de gênero, como a brasileira, o exercício do cuidado ainda encontra-se fortemente associado à figura das mulheres. Por outro lado, os homens ainda são considerados

como indivíduos que valorizam o risco, o perigo e a força física, passando a ser representados como sujeitos de um “não-cuidado” (Toneli & Muller, 2011). Apesar das transformações nas relações de gênero, os homens ainda são instigados a atestar a sua hombridade e virilidade para o grupo social, distanciando-se assim de tudo aquilo que é considerado como pertencente ao âmbito do feminino, como por exemplo, o cuidado da saúde (Oliveira, 2004).

Analisando a fala dos entrevistados, observa-se que para que o cuidado se concretize é necessário que aconteçam importantes reformulações nos papéis sócio-familiares, incidindo assim na redistribuição do poder. Desse modo, a representação do homem como forte, corajoso, provedor e protetor contrapõe-se ao modelo de masculinidade hegemônica e à condição de fragilidade imposta pelo adoecimento por câncer e à constatação da necessidade de cuidados de saúde específicos.

Nesse contexto, é recorrente que as mulheres, sobretudo as esposas, passem a se dirigir aos homens adoecidos numa posição semelhante à materna. Assim, no lugar de filhos, o cuidado passa a ser autorizado e legitimado, como apontado na fala a seguir: “Os homens passam a ser filhos das suas companheiras durante o tratamento. A gente vê nitidamente. Elas cuidam deles como mãe! (...) A gente vê que eles se transformam numa criança!” (Paloma).

As mulheres ocupam um importante papel na mobilização dos homens para os serviços de saúde podendo atuar como parceiras durante o tratamento oncológico, favorecendo o diagnóstico e o tratamento precoce e garantindo a manutenção do cuidado (Gomes, 2008). Entretanto, é recorrente que as mulheres, enquanto filhas e esposas, ocupem o lugar de protagonistas nos atendimentos de saúde masculina e os homens sejam relegados a meros coadjuvantes (Couto et al., 2010)

Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde acolham as demandas dos cuidadores sem, no entanto, abafar as vozes e as necessidades dos homens ou ainda infringir o direito à sua privacidade nos atendimentos (Schraiber et

al., 2010). Para tanto, é necessário o desenvolvimento de ações que promovam a autonomia e o empoderamento do público masculino tornando-os responsáveis e sujeitos autônomos na cena do autocuidado.

Considerando-se a vinculação serviços de saúde, os entrevistados também chamaram a atenção para a demora e a procrastinação dos homens pela busca da assistência psicológica. Para eles, é recorrente que os homens procurem os atendimentos oferecidos em casos avançados de adoecimento e em situações onde já não conseguem controlar a angústia e a dor: “Os homens, às vezes vêm porque realmente ta sentindo muita dor (...) Então o homem, quando ele vem é porque ele ta muito mal mesmo. Ele não dá conta mesmo. Aí ele vem!” (Paloma). “Não vem por livre e espontânea vontade não. Tem realmente aquela coisa da família trazer quando já ta em último caso, sabe. Parece que tem que estar no estágio mais avançado para eles virem, pra chegar nesse ponto”. (Pérola)

Estudos semelhantes apontam para a postergação da procura dos serviços de saúde pelo público masculino (Figueiredo, 2005; Brasil, 2009; Gomes et al., 2011). As dificuldades de mobilização e construção de vínculos entre os homens e os serviços de saúde contribuem para o agravamento das condições físicas e a diminuição das possibilidades de cura e controle das neoplasias (Brasil, 2009; White, Thomsom, Forman & Meryn, 2010). No imaginário social, o reconhecimento da necessidade de cuidados de saúde pelos homens traria consigo um caráter de fragilidade e vulnerabilidade (Oliveira, 2004). Desse modo, o “homem que é Homem” não chora, nem adoce, muito menos procura os serviços de saúde (Gomes, 2008).

Soma-se o fato de que ainda hoje as equipes encontram dificuldades para identificar a presença e as demandas do público masculino, contribuindo para o acesso tardio aos serviços de saúde (Schraiber et al., 2010). Estudos apontam que a assistência aos homens ainda é marcada pela invisibilidade dos mesmos nas instituições de saúde, tanto no que se refere à formulação de políticas, programas e propostas assistenciais, bem como, ao seu reconhecimento enquanto usuário e sujeito dos serviços de saúde (Couto et al., 2011; Gomes et al., 2011). Desse modo, as instituições de saúde caracterizam-se como espaços genderificados que

(re)produzem em suas práticas as desigualdades de gênero (Soares & Laranjeira, 2010; Schraiber, 2012).

Mais do que características biológicas e predeterminadas, a dificuldade de mobilização e adesão dos homens às práticas assistenciais reflete o processo de divisão sexual do cuidado (Lago & Muller, 2010). Desse modo, ao adentrar os serviços de saúde os homens carregam consigo suas histórias e seus modos específicos de se colocar no mundo, revelando assim marcas do processo sócio-histórico de construção e exercício das masculinidades (Gomes, 2008).

Os aspectos socioculturais, especialmente, o processo de socialização e construção da identidade masculina, foram apontados pelos entrevistados como principais determinantes dos modos como os homens se posicionam frente à assistência psicológica: “O homem ele não pode mostrar que ele é frágil, que isso é uma condição que a sociedade pregou. Ele tem que ser o fortão!” (Priscila).

A gente vai ver uma defensividade do homem. (...) Mexe com essa questão do “eu não preciso falar da minha vida com ninguém!”. Ele próprio coloca como sendo “eu tenho que me virar sozinho. Ficar conversando... isso é coisa de mulher!”
(Patrícia)

A não familiaridade com a rotina dos serviços de saúde e o desconhecimento dos procedimentos também foram destacados pelos entrevistados como elementos que favorecem o sentimento de desconforto, angústia e medo por parte dos homens.

Soma-se ainda a vergonha advinda da necessidade da exposição dos corpos, até então intocados e inviolados, à equipe de saúde: “Eles têm muito medo. A gente vê a questão da agulha, de ser tocado, de fazer um exame, de se expor a um técnico de enfermagem, aos cuidados também: ‘uma mulher vai me dar banho?’” (Paloma). “Às vezes não sabem muito bem o que é Psicologia. Vem com medo. Tem uns que chegam até meio assim tremendo, sem saber como que é” (Pâmela).

Conforme ressalta Gomes (2008), as mulheres, desde tenra idade, são educadas e incentivadas a voltar sua atenção para a sua subjetividade, recebendo

uma autorização social para expressão de sentimentos, angústias e afetos. Com o surgimento da ginecologia no século XIX, passaram por um processo de disciplina e medicalização dos seus corpos, sendo acostumadas desde crianças a expô-los aos profissionais de saúde, havendo assim uma naturalização desta prática.

Todavia, o mesmo não ocorreu com o público masculino que ainda hoje possui partes do corpo, como o pênis e o ânus, cercados de tabus e interdições simbólicas, dificultando assim o desenvolvimento de ações preventivas, como por exemplo, as intervenções que exigem o toque corporal (Gomes et al., 2008).

Analisando as concepções de profissionais da Atenção Básica sobre a implantação da PNAISH, Knauth, Couto e Figueiredo (2012) destacam que é recorrente que as equipes de saúde utilizem os aspectos socioculturais como principais justificativas para a dificuldade de acesso dos homens aos serviços de saúde. Entretanto, ainda persiste a dificuldade de reconhecimento pelos profissionais e gestores em saúde das implicações dos aspectos organizacionais e institucionais na configuração desse cenário (Leal, Figueiredo & Silva, 2012).

O reconhecimento das necessidades e demandas masculinas nas organizações de saúde vem sendo destacado como importante estratégia que garanta a efetividade da PNAISH (Brasil, 2009; Medrado et al., 2009; Schariber et al., 2010). Mais do que mobilizar os homens para os serviços de saúde é preciso criar condições institucionais e relacionais que possibilitem a construção de laços entre esses sujeitos e as equipes, incidindo assim em processos de mudança na assistência oferecida (Martins et al., 2012).

A atuação do psicólogo voltada para o público masculino

Os diferentes modos dos homens se vincularem às ações e serviços de saúde exigem da equipe de saúde um modo distinto de atuação, muitas das vezes, estranho à formação acadêmica e profissional das quais os profissionais participam (Schraiber et al., 2010; Gomes et al., 2011). Ao reconhecerem as singularidades da população masculina, os entrevistados apontam para a necessidade de uma assistência

psicológica diferenciada, exigindo do profissional uma atuação distinta e contextualizada que leve em conta o processo de construção social desses sujeitos:

“Aí vem o manejo, a forma como você conduz ali pra você receber algo daquele paciente, pra você conseguir tirar algo que ele possa falar”. (Paulina)

Eu acho que tem que ter uma sensibilidade do profissional pra atender de uma forma diferente. Se você começar também a ficar subjetivo, lidar de forma emocional com um homem dentro do consultório o efeito vai ser diferente. Eu acho que a adesão dele vai ser menor. (Pedro)

Os entrevistados apontaram ainda para o potencial da Psicologia em contribuir para a criação de espaços de fala e escuta dos homens adoecidos, buscando facilitar a expressão e ressignificação da angústia e sentimentos relacionados ao processo de saúde/adoecimento/cuidado.

Eu acho que a Psicologia vai trazer esse espaço de permitir isso. Permitir que ele fale, permitir que ele diga desse sofrimento, que ele traga o quê que ta passando com ele em relação a isso tudo que ta acontecendo, em relação ao adoecimento. (Poliana)

A gente tem que proporcionar um ambiente pra eles ficarem à vontade. (...) Porque pro homem falar de si mesmo, às vezes é um pouco complicado. Mas você intervindo, eu acho assim, depende muito de como a gente leva as coisas pra ele. (Pérola)

Apesar do reconhecimento das singularidades que permeiam o adoecimento masculino por câncer e o tratamento oncológico, os entrevistados relataram a inexistência de ações voltadas para o público masculino nos serviços onde atuam. A baixa adesão e a fragilidade do vínculo entre os homens e as instituições são associadas pelos entrevistados às dificuldades individuais dos pacientes,

desconsiderando assim, a importância dos aspectos organizacionais na configuração desse cenário:

A gente nunca pensou nessa divisão de gênero aqui não. A gente atende as demandas que surgem do próprio paciente ou da própria família ou de alguém da equipe ou a gente mesmo observa, faz essa busca. Mas nunca pensamos no atendimento diferenciado. (Penélope).

A gente não faz nenhuma diferenciação não (...) Pra mim eu não vejo como masculino e como feminino. Eu acho e eu cobro dos alunos (estagiários), no sentido que vejam o ser humano, independente do feminino e masculino, apesar de saber dessas particularidades. (Paula)

A invisibilidade de gênero nas organizações de saúde vem sendo destacada em diferentes estudos e denominada de “gender blindness” (Soares e Laranjeira, 2010; Gomes et al., 2011; Schraiber, 2012). Nessa perspectiva, ainda persistem concepções que incentivam a negação da historicidade de pacientes, familiares e profissionais de saúde, resultando em práticas de cuidado centradas em uma perspectiva biomédica e distante do princípio da integralidade (Schraiber, 2012).

Embora invisíveis e negligenciadas, tais ideologias se manifestam a todo instante nos modos de pensar, sentir e agir das equipes, sendo materializadas nas práticas dos profissionais e gestores em saúde (Couto et al., 2010; Machin et al., 2011). Schraiber (2012) destaca a necessidade da construção de espaços críticos e reflexivos nas organizações de saúde que contribuam para que essas questões ganhem visibilidade e, em vez de negá-las, possam problematizá-las e assim, modificá-las.

Se por um lado os entrevistados apontam para a pequena implicação das questões de gênero nos serviços de oncologia, o relato da sua prática profissional destaca o quanto o agir desses profissionais encontra-se impregnado pelas questões de gênero, marcada pelo reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos

do cuidado e público-alvo das propostas assistenciais. Nesse sentido, é recorrente que as instituições nas quais os entrevistados atuam desenvolvam ações voltadas para as mulheres e, em alguns casos, a criação de setores específicos para a saúde das mesmas. Todavia, o mesmo não acontece para os homens, como pode ser percebido nas seguintes falas: “Aqui não existe um ambulatório ou uma clínica específica pra saúde do homem. (...) Mas aqui tem Saúde da Mulher. O homem ele entra na saúde do adulto, de um modo geral” (Patrícia). “Na verdade a gente não tinha um ambulatório específico de homens. E de mulheres tinha né (risos) Câncer de mama, ginecologia oncológica, por incrível que pareça!” (Penélope).

Conforme já destacado os serviços de saúde referem-se a instituições imersas num contexto sócio-histórico refletem a organização da sociedade alicerçada no paradigma de gênero (Machin et al., 2010). Ainda hoje as mulheres são consideradas como o “sexo frágil” e a suposta fragilidade das mesmas diante da vida aponta para a necessidade de maior atenção e constância de cuidados. Os homens, por sua vez, são comumente representados culturalmente como fortes e invulneráveis, abdicando assim da necessidade de formulação de políticas públicas e projetos terapêuticos específicos (Lago & Muller, 2010; Toneli & Muller, 2011). A (re)produção dos estereótipos de gênero e seu impacto nas práticas assistenciais foi destacado pelos entrevistados.

O que sempre se esperou é que o homem dá conta. Ele é o sexo forte, entendeu, embora a gente sabe que é uma espécie de incoerência (...) Isso tudo aparece no universo do hospital (...) Ainda tem valores assim, machistas e antigos convivendo com situações atuais: “esse paciente tá muito mole! Ta pedindo remédio à toa! Nem parece que é homem!” (Patrícia)

Nunca se pensou o homem dessa forma né. Por quê? Será que a mulher é mais desamparada? Será que a mulher é mais frágil? A mulher é mais carente? (...) Porque ta no imaginário que (o homem) não precisa né. (Paulina)

Outro fator apontado pelos participantes refere-se às diferentes formas que homens e mulheres constroem e manifestam suas demandas e necessidades aos profissionais de saúde. Para Spink (2007) a “demanda” refere-se a um desejo relacionado à dimensão subjetiva das necessidades sentidas e que são levados para os atendimentos de saúde como problemas a serem solucionados. Apesar da sua manifestação individual, deve-se considerar que as demandas de saúde são construídas num processo histórico e político, refletindo assim as necessidades de grupos específicos (Schraiber et al., 2010).

Para os psicólogos entrevistados as mulheres apresentam uma maior demanda espontânea, explicitando com mais facilidade suas queixas e convocando a equipe de saúde a oferecer serviços e ações que atendam às suas necessidades específicas. Nota-se que as demandas percebidas pelos profissionais consistem em pedidos, quase sempre, verbais, marcados pela solicitação explícita e reforçados pelo choro da paciente. Outras formas de expressão de demandas parecem ser pouco reconhecidas por esses profissionais:

As mulheres são as que mais procuram pra conversar, pedir ajuda, reconhecer que não estão bem emocionalmente. O homem, às vezes, o médico sugeriu, a família ta pedindo pelo amor de Deus pra ele falar e ele não aceita. (Patrícia).

As mulheres é que demandam mais (...) Eu acho que o sofrimento pra elas tem um significado de chamar o 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. (Poliana)

Nesse sentido, constata-se a invisibilidade e o silenciamento das demandas masculinas nos serviços de oncologia. Deve-se considerar que não se trata da ausência da demanda masculina, mas, por apresentarem suas necessidades de forma distinta às das mulheres e de um modo com o qual os profissionais de saúde

estão pouco familiarizados, os homens não possuem suas necessidades reconhecidas, conforme aponta uma das entrevistadas.

Acho que talvez a gente tenha de alguma maneira achado que como os homens demandam menos, eles teriam menos necessidades. (...) Eles demandam menos então tem menos atenção dos médicos em relação a introduzir o atendimento psicológico e com isso também eles tem menos assistência, mas não sei se isso é real. (Penélope)

Frente a esse cenário observa-se a manutenção de um círculo vicioso. De um lado, por acreditar que os homens “demandem menos”, os serviços de saúde oferecem poucas propostas assistenciais direcionadas ao público masculino. Por outro lado, tendo em vista a menor oferta de ações voltadas para a população masculina, os homens apresentam menores solicitações de serviços de saúde específicos. Portanto, faz-se necessário tornar visíveis as implicações de gênero tanto nos modos como os homens se vinculam às instituições de saúde, como também, refletir sobre o seu impacto nas práticas assistenciais, rompendo com o discurso vitimista que culpabiliza os homens pela sua própria masculinidade sem considerar os modos como os serviços são estruturados e organizados.

Schraiber et al. (2010) ressaltam que as organizações de saúde devem ser consideradas como espaços privilegiados para a criação e manifestação das necessidades de saúde, rompendo assim com a ideia de serviços voltados unicamente para o atendimento das demandas manifestas. Para tanto, é preciso construir arranjos organizacionais e institucionais que favoreçam práticas que vão além do atendimento de demandas de saúde a ele dirigidas. Inserido nas equipes interdisciplinares o psicólogo poderá contribuir para o reconhecimento de necessidades masculinas silenciadas e auxiliar os sujeitos na construção e expressão de suas demandas.

Nessa perspectiva, a construção de estratégias direcionadas para os homens exigiria dos profissionais de saúde novas formas de atuação quase sempre

atravessadas pelas dificuldades institucionais e sobrecarga de trabalho nestes espaços (Machin et al., 2011; Leal, Figueiredo & Silva, 2012). É preciso considerar a incipiência do número de psicólogos que atuam nas instituições de saúde podendo favorecer o aumento da sobrecarga de trabalho, tendo em vista a complexidade da atuação na oncologia. Soma-se ainda a recorrente necessidade de execução de atividades administrativas, bem como, ações de seleção, treinamento e desenvolvimento da equipe de saúde pelo psicólogo. As dificuldades institucionais e a precariedade do trabalho foram apontadas pelos entrevistados como importantes barreiras que inviabilizam as mudanças necessárias para o atendimento da população masculina. “Porque na verdade é mais fácil, a nível de instituição, fazer, criar serviços de situações pertinentes à mulher do que do homem” (Piedade).

A gente faz coisas onde tem público né (...) O grupo vai se formando de acordo com o público. Se você vai numa pediatria, por exemplo, só tem mães né, então você vai e faz um grupo de mães. (...) Nunca se pensou nos pais porque os pais estavam ausentes ou nunca trouxeram eles para estar presentes. Nunca foram convidados. (Paulina)

De forma semelhante, Figueiredo (2005) ressalta a necessidade da transformação dos serviços de saúde rompendo com a concepção de que sejam espaços estritamente femininos possibilitando assim, a inclusão das necessidades específicas da população masculina. O autor aponta ainda para a complexidade deste processo que não se resume na simples contratação de profissionais de saúde do sexo masculino ou ainda na criação de serviços específicos para os homens. Antes, trata-se de uma mudança da postura prática dos profissionais de saúde que favoreça o resgate da sensibilidade para as histórias individuais e coletivas, ressignificando as dificuldades percebidas em especificidades e singularidades de cada gênero.

É preciso romper com as concepções instituídas e reproduzidas nos serviços de saúde, criando espaços e condições para que homens e mulheres possam expressar-se reconhecendo suas diferenças e singularidades (Gomes, 2008;

Schraiber et al, 2010). Para tanto, é preciso iniciar, criar, testar e re-inventar ações que favoreçam o reconhecimento das necessidades masculinas. O depoimento de um dos entrevistados aponta para a necessidade de superar as crenças individuais, construídas socialmente e, redescobrir o público masculino como sujeitos das ações em saúde desenvolvidas pelos psicólogos no contexto da oncologia:

Quando eu comecei a trabalhar com os homens eu pensei que não ia fluir, que eu não ia ter essa habilidade tão forte de entender, de ter essa compaixão, de saber o que ele tava passando e pelo contrário (...) ao trabalhar com homens vi que é também prazeroso. Tem sua diferença e flui. Flui de forma diferente, mas flui. (Pedro)

Considerações Finais

A categoria “gênero” ainda mostra-se como um importante elemento que organiza e estrutura os modos de pensar, sentir e agir dos profissionais e gestores em saúde, materializando-se nas práticas assistenciais desenvolvidas por esses sujeitos. No presente estudo, constatou-se que as desigualdades de gênero também se encontram presentes nos discursos de psicólogos que atuam nos serviços especializados em oncologia, ainda que invisíveis.

Observa-se que a atuação do psicólogo nessas organizações ainda encontra-se estruturada em função das necessidades e demandas do público feminino e infantil, refletindo a dificuldade de reconhecimento dos homens enquanto sujeitos das políticas públicas e do cuidado. Os aspectos socioculturais relacionados ao processo de socialização e construção da identidade masculina são utilizados pelos profissionais como determinantes das dificuldades de acesso e vinculação dos homens aos serviços de saúde. Entretanto, ainda persiste a dificuldade do reconhecimento da importância dos aspectos institucionais e dos arranjos organizacionais no distanciamento dos homens desses espaços.

Torna-se necessário fomentar a discussão sobre o tema da saúde masculina nos serviços de oncologia, possibilitando a reflexão crítica de profissionais e gestores sobre as necessidades desse público e o investimento em processos de trabalho que favoreçam o reconhecimento de suas demandas.

Desse modo, novos desafios se colocam para o psicólogo diante das questões de gênero que, cada vez mais passa a se debruçar sobre a promoção da saúde masculina. Incluir os homens nos projetos terapêuticos requer a coragem para criar, (re)inventar novas formas de atuação distintas daquelas já familiarizadas e instituídas e, requer o rompimento com fronteiras disciplinares, exigindo do profissional psi um movimento de interlocução e transição por campos interdisciplinares. Para tanto, é necessário que os profissionais reconstruam suas representações sobre os homens e suas relações com as práticas de cuidado, reconhecendo que o trabalho com os homens não apenas é necessário, mas também possível.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1976). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. (2009). *Mistério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília – DF.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S .N., Gomes, R., Scraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.
- Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2569-2578.
- Dazio, E. M. R., Sonobe, H. M., & Zago, M. M. F. (2009). Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(5), 664-669.
- Figueiredo, W. S. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.

- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gerritsen, A. A. & Deville, W. L. (2009). Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9(109), 01-07.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Coleção: Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S., & Araújo, F. C. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & saúde coletiva*, 13(6), 1975-1984.
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S., Couto, M. T., & Schraiber, L. B. (2011) Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl.1), 983-992.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2011). *Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Knauth, D. R., Couto, M. T., & Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Lago, M. C. S., & Muller, R. C. F. (2011). O sujeito universal do cuidado no SUS: gênero, corpo e saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário – Florianópolis, Santa Catarina. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*. (pp.279-302). Porto Alegre: EdiPUCRS,
- Leal, A. F., Figueiredo, W. S., Silva, & G. S. N. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2607-2616.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., & Schraiber, L. B.; Gomes, R.; Figueiredo, W.S., Valença, O. A., & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Almeida, S. S. L.; & Modena, C. M. (2012). Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2), 74-87.

- Medrado, B., Lyra, J., Azevedo, M., Granja, E., & Vieiras, S. (2009). Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI.
- Mesquita, M. G. R., Moreira, M. C., & Maliski, S. (2011). "But i'm (became) different": câncer generates reriorizations in masculine identity. *Câncer Nursing*, 34(2), 150-157.
- Oliveira, P. P. (2004). *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 2635-2644.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 20(2), 71-99.
- Spink, M. J. (2007). Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde & Sociedade*, 16(1), 18-27.
- Soares, C., & Laranjeira, A. R. (2010). O gênero na saúde: discursos e representações de profissionais sobre o contexto português. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M.R. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp.59-78). Porto Alegre: EdiPUCRS.
- Toneli, M. J. F., & Muller, R. C. F. A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: Trindade, Z. T., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. *Masculinidades e saúde: produção científica e contexto* (pp.79-97). Vitória: GM Editora, 2011.
- White, A. K., Thomson, C. S., Forman, D., & Meryn, S. (2010). Men's Health and the Excess Burden of Cancer in Men. *European Urology Supplements*, 9(3), 467-470.