

Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata

Between stigma and health: itineraries of prostate cancer patients

Gabriela da Silva Vieira¹, Cristiano Guedes de Souza¹, Ximena Pamela Claudia Díaz Bermudéz¹

DOI: 10.1590/2358-289820241429057P

RESUMO A saúde dos homens tem sido influenciada ao longo do tempo por complexas redes de normas culturais e sociais que delimitam o conceito de masculinidade. Este artigo teve como objetivo analisar a influência das representações de masculinidade na saúde dos homens, com ênfase nas implicações para diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer de próstata. Explorou-se a construção social da masculinidade, destacando como os papéis designados aos homens moldam suas atitudes com relação à saúde. Esta pesquisa é um recorte de estudo realizado durante o mestrado acadêmico, o qual traçou os itinerários terapêuticos de pacientes com câncer de próstata do Hospital Universitário de Brasília, a fim de identificar as repercussões da pandemia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada no método dos itinerários terapêuticos. O estudo incluiu a participação de 15 homens adultos diagnosticados com câncer de próstata, e os resultados evidenciaram a influência da construção da masculinidade na busca de tratamento. Os participantes hesitaram em procurar assistência médica imediata devido ao receio de parecerem vulneráveis. Além disso, a principal compreensão entre os participantes estava relacionada à preocupação de deixar a família desprotegida, destacando como as expectativas tradicionais do gênero ainda influenciam a sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Itinerário terapêutico. Masculinidade. Neoplasias da próstata. Saúde pública.

ABSTRACT *Men's health has been influenced over time by complex networks of cultural and social norms that define the concept of masculinity. This article aimed to analyze the influence of representations of masculinity on men's health, with an emphasis on the implications for the diagnosis, treatment and prevention of prostate cancer. The social construction of masculinity is explored, highlighting how the roles assigned to men shape attitudes towards health. This research is part of a study carried out during the academic master's degree, which outlined the therapeutic itineraries of patients with prostate cancer at the University Hospital of Brasília, in order to identify the repercussions of the pandemic. This is qualitative research based on the therapeutic itinerary method. The study included the participation of 15 adult men diagnosed with prostate cancer, and the results highlighted the influence of the construction of masculinity in the search for treatment. Participants were hesitant to seek immediate medical assistance due to concerns about appearing vulnerable. Furthermore, the main understanding among participants was related to the concern of leaving the family unprotected, highlighting how traditional gender expectations still influence society.*

KEYWORDS *Therapeutic itinerary. Masculinity. Prostatic neoplasms. Public health.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
gabrielavieirads22@gmail.com



Introdução

O Brasil pode ser considerado um país em que políticas públicas voltadas à assistência em saúde integral masculina foram tardias, permanecem enfrentando obstáculos, como o representado pela recente crise sanitária, e têm como um de seus principais desafios a adesão de homens aos cuidados em saúde.

Apesar de o debate teórico internacional sobre gênero, sexualidade e saúde ocorrer desde os anos 1970, foi somente nas últimas décadas que estudos qualitativos voltados à saúde masculina se aprofundaram no Brasil¹. Além disso, contribuíram para um debate nacional que culminou em importantes conquistas históricas, como a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Masculina, do Ministério da Saúde².

As políticas sociais em geral e a política integral de saúde masculina, em específico, na última década, enfrentaram dificuldades³. Tais dificuldades envolveram desde cortes orçamentários até a inédita crise sanitária da pandemia de covid-19, que trouxe repercussões na assistência em saúde oncológica e na assistência em saúde para as doenças crônicas, sobretudo no que diz respeito ao atendimento de pessoas pobres⁴. O impacto da pandemia foi ampliado no Brasil porque o Sistema Único de Saúde (SUS) estava sendo fragilizado por um governo federal ultraneoliberal na economia e conservador na pauta dos costumes⁵.

O câncer de próstata é um desafio na agenda da saúde pública em virtude de suas dimensões epidemiológicas, caracterizadas por elevada morbidade e mortalidade na população masculina⁶. Entretanto, é também uma doença com elevadas chances de cura e redução de morbidade, desde que diagnosticada e tratada precocemente⁷. É crucial proporcionar atenção de forma oportuna aos pacientes com câncer, com vistas a melhorar o prognóstico da doença. Isso implica garantir o atendimento tão rápido quanto possível⁸.

Nesse sentido, o tempo e a adesão ao tratamento são fatores relevantes ao se discutir a

eficácia na assistência em saúde voltada aos homens com câncer de próstata, sobretudo no estágio inicial da doença. Entretanto, uma parcela da população masculina tende a buscar a assistência em saúde quando o câncer de próstata já se encontra em estágio avançado, e a eficácia do tratamento já pode estar comprometida⁹.

Por outro lado, homens que puderam diagnosticar precocemente o câncer de próstata enfrentam o desafio de buscar e receber tratamento rapidamente em um sistema de saúde por vezes moroso. A rapidez na assistência é fundamental, especialmente para a população masculina pobre. A pandemia proporcionou uma oportunidade para estudos qualitativos entenderem os processos de tratamento do câncer de próstata em uma população historicamente resistente à adesão ao tratamento, com dificuldades de acesso às políticas de saúde e enfrentando a sobrecarga do SUS.

Concordamos com o entendimento segundo o qual as crises sanitárias necessitam do conhecimento produzido nas ciências biomédicas e epidemiológicas, mas também são indispensáveis os saberes das ciências sociais aplicadas e dos estudos qualitativos em políticas sociais que contribuam para a compreensão de processos de saúde e doença nos quais variáveis como gênero e classe, por exemplo, são determinantes para o sucesso das medidas de saúde coletiva adotadas durante emergências sanitárias¹⁰.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo foi analisar, por meio de pesquisa qualitativa, a influência das representações de masculinidade na saúde dos homens a partir da construção dos itinerários terapêuticos de usuários atendidos em hospital público de referência para tratamento do câncer de próstata na Região Centro do Brasil. Pretende-se identificar fatores culturais e sociais de masculinidade que afetam as decisões de saúde dos homens, a busca de cuidados médicos e as estratégias de enfrentamento, com vistas a contribuir para uma compreensão mais holística e sensível da saúde masculina.

Esta pesquisa, originada de um estudo de mestrado, investigou as repercussões da pandemia de covid-19 nos itinerários terapêuticos de homens com câncer de próstata em um hospital público de referência na Capital Federal¹¹. Revela-se a presença marcante das questões relacionadas à masculinidade nesses itinerários, destacando a interação complexa entre a construção da masculinidade e a saúde masculina como tema central. A complexa interação entre a construção da masculinidade e a saúde masculina emergiu como um tema central, e a relevância dessa pesquisa se desdobra em várias dimensões.

Este artigo foi dividido em três partes: metodologia, que contextualiza o trabalho de campo empírico; a seção intitulada ‘O olhar para a saúde do homem: a construção social da masculinidade’, que fundamenta a conceitualização teórica da masculinidade; e, finalmente, a seção ‘A masculinidade e suas ramificações na jornada de tratamento do câncer de próstata’, que apresenta e discute resultados da pesquisa de campo.

Material e métodos

Este artigo é resultado de uma pesquisa qualitativa de mestrado na área de política social desenvolvida no período de 2020 a 2022. A pesquisa empírica investigou os itinerários terapêuticos dos participantes por meio de um instrumento de entrevistas semiestruturadas de natureza narrativa para a compreensão das dificuldades e barreiras ao fluxo da rede de atenção à saúde, desde os primeiros sintomas até a entrada dos usuários no serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), identificando a realidade sócio-histórica dos pacientes, bem como as percepções sobre a atenção à saúde. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro prévio como forma de organizar a conversa.

A construção do perfil dos interlocutores do estudo foi parte dos tópicos incluídos no roteiro da entrevista, isto é, dados sociodemográficos,

situação habitacional e familiar e contextos de vulnerabilidade. O estudo também teve como fonte de dados a pesquisa documental, por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes em tratamento e elaboração de diário de campo baseado na observação dos atendimentos.

O universo da pesquisa foi composto por 15 pacientes que buscaram atendimento na Unidade de Oncologia do HUB no ano de 2020, com levantamento retrospectivo ao ano de 2019 para completar a amostra. Isso ocorreu devido ao fato de que apenas 29 pacientes com câncer de próstata deram entrada nesse serviço em 2020, que foi o primeiro ano da pandemia. Foram considerados critérios de inclusão os seguintes: ser maior de 18 anos, ter diagnóstico de câncer de próstata, residir no Distrito Federal ou em região adjacente. Foram excluídos pacientes que desconheciam seu diagnóstico, possuíam transtornos mentais graves, demência ou risco psicológico, conforme registro em prontuário.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, sob o número CAAE 48043421.2.0000.5540, parecer consubstanciado nº 4.861.931.

Tendo em vista que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, este estudo considera e respeita as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹². Além disso, a pesquisa está de acordo com a Resolução nº 510/2016, do CNS¹³, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em ciências humanas e sociais.

Resultados e discussão

O olhar para a saúde do homem: a construção social da masculinidade

A concepção ocidental sobre o sexo das pessoas tem raízes antigas na cultura grega e é explorada em construções filosóficas da antiguidade.

A masculinidade é uma construção social e histórica moldada por fatores como religião, período histórico, geografia e contexto social¹⁴. Contudo, o estudo sobre homens só começou a ser sistematizado nas ciências sociais nos Estados Unidos, na década de 1990, principalmente no âmbito do movimento feminista¹⁵.

Nas sociedades tribais, a masculinidade frequentemente está associada a um status de superioridade, conferindo aos homens um maior prestígio social¹⁶. No pensamento ocidental, há uma representação do homem idealizado como viril, forte, invulnerável e provedor¹⁵. Essa construção da masculinidade é tão profundamente enraizada na cultura ocidental que, de certa forma, tornou-se convencional de humanidade, sendo considerada universal, o que influenciou a base do pensamento científico, muitas vezes centrado em experiências masculinas¹⁷.

A construção social da masculinidade é entendida sob a perspectiva do gênero, que desempenha um papel fundamental na análise dessas especificações. As teorias de gênero oferecem perspectivas cruciais para entender como as relações sociais de gênero são estruturadas¹⁴. No modelo de masculinidade hegemônica, dois elementos centrais são a dominação e a heterossexualidade¹⁸. A imposição desse ideal hegemônico de masculinidade está intrinsecamente ligada à oposição à feminilidade. Isso se torna evidente no momento em que a diferenciação entre os sexos é fundamental para afirmar a masculinidade¹⁹.

As normas de gênero e a representação da masculinidade são fundamentais na formação da identidade masculina na sociedade ocidental. A pressão para se adequar a esses padrões molda as atitudes e os comportamentos dos homens. Compreender essas construções é essencial, pois elas afetam as relações sociais e as experiências de homens e mulheres na sociedade moderna.

Oliveira¹⁹ questiona a ideia de que a masculinidade é uma condição fixa, destacando a existência histórica de identidades masculinas alternativas ao modelo ocidental dominante.

O autor explora a identidade como uma construção individual, moldada por processos de acessibilidade, exclusão e negociação com os modelos apresentados desde a infância nos diversos espaços e instituições.

Nesse sentido, questiona-se a ideia de que um homem deve ser exclusivamente masculino e uma mulher deve ser exclusivamente feminina, que são características inerentes ao sistema de pensamento binário. Segundo Oliveira¹⁹, as categorias masculino e feminino coexistem em cada indivíduo, de modo que um homem pode sentir-se mais feminino do que masculino e vice-versa. Contudo, os modelos predominantes de masculinidade e o processo de socialização masculina podem, em certos casos, enfraquecer ou até afastar os homens de questões relacionadas ao autocuidado e à busca dos serviços de saúde.

Paralelamente a isso, aponta-se que o adoecimento é difícil com relação ao câncer de próstata, em razão da barreira cultural que afasta os homens na busca de atendimento em saúde, principalmente pela resistência em se submeter ao exame de toque retal. Essa questão cultural impede o diagnóstico precoce, o que poderia ser um facilitador para o prognóstico da enfermidade. As questões culturais e a ampliação das possibilidades de adoecimento por câncer, conforme as previsões epidemiológicas, demandam das políticas sociais e públicas uma melhora na sua implementação para acolher os usuários²⁰.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde são multifatoriais e emergem de questões estruturais, socioeconômicas, sociais, culturais, relacionais e organizacionais, presentes no cotidiano, as quais demandam dos usuários e familiares o exercício de resistência e paciência²¹. Reconhece-se que, nesse cenário, inúmeros fatores estão envolvidos no percurso da atenção à assistência oncológica, desde a frequência de procura por hospitais públicos, o tempo de espera para ser atendido nas instituições, até a disponibilidade dos procedimentos complexos com alto custo à população portadora dessa doença crônica²².

Observa-se que os homens entram no serviço, frequentemente, em busca de diagnóstico e tratamento tardios, o que demanda uma atenção e cuidados na atenção de média e alta complexidade, tendo como consequência aumento nos índices de morbimortalidade, apresentando uma promoção de saúde e prevenção de doença frágeis, além do alto custo para o SUS. Diante desse contexto, tornou-se fundamental a criação de uma política pública que considere as especificidades dos homens e suas diversas masculinidades²³.

Tendo como objetivo inserir a população masculina nos serviços de saúde de forma qualificada²⁴, ao mesmo tempo, é necessário articular maneiras de romper com as barreiras impostas pelas questões de gênero e a ideia de que homens sejam ‘invencíveis’, de forma que isso reflita na redução dos índices de morbimortalidade e nos custos para saúde²⁵.

A seguir, são discutidas as experiências de saúde de pacientes com câncer de próstata e as tensões da masculinidade presentes em suas jornadas.

A masculinidade e suas ramificações na jornada de tratamento do câncer de próstata

Como foi dito anteriormente, 15 homens adultos com câncer de próstata foram selecionados para este estudo, após sua inserção no processo de acolhimento do HUB entre 2019-2020. O acolhimento ocorre todas as segundas-feiras, dia da semana em que chegam novos pacientes para serem atendidos por toda a equipe multiprofissional da unidade para realização de anamneses iniciais.

Ao traçar o perfil dos usuários selecionados, foi constatado que a faixa etária varia de 47 a 88 anos, com idade média de 71 anos. Destes, 12 são residentes no Distrito Federal, e os demais na região do entorno. Com relação aos descritores raciais e educacionais desses homens, 87% dos participantes se autodeclararam negros (pretos e pardos), e 13% brancos. Apresentam baixo grau de escolaridade, pois

27% da amostra não são alfabetizados, ao mesmo tempo que 33% dos usuários possuem ensino fundamental incompleto¹¹.

A questão racial é um determinante social em saúde, pois expõe os negros a situações de maior vulnerabilidade de adoecimento e morte. Fatores como instrução, renda, sexismo e racismo dificultam o acesso equitativo à saúde. Barreiras estruturais e desrespeito à diversidade racial e cultural por profissionais de saúde limitam ainda mais o acesso da população negra aos serviços de saúde¹¹.

Sobre a religiosidade dos participantes, a amostra foi composta de 57% católicos, 33% evangélicos, 13% espíritas e 7% ateus¹¹. A literatura mostra que o apoio social nas agências religiosas²⁶ e as crenças pessoais trazem alento e ajudam a superar perdas. A espiritualidade e religiosidade atuam como recursos que auxiliam pacientes a enfrentar o processo saúde-doença, bem como se constituem em elementos de proteção da saúde mental e promoção do bem-estar emocional dos indivíduos²⁷. Esses dados sinalizam uma condição de vulnerabilidade racial, econômica e social da população entrevistada.

Durante a análise de dados, foram estabelecidas categorias e subcategorias para facilitar a apresentação dos dados de forma coerente e coesa. Ao longo de todo o itinerário terapêutico, foi evidente como as questões que envolvem o gênero e a masculinidade permeiam a busca de acesso à saúde.

Ao analisar os percursos tomados, em especial, nas ações empreendidas pelos participantes após a percepção dos sinais e sintomas da doença, nota-se uma discrepância daqueles que procuraram ajuda médica de forma imediata, seja por insistência da família ou por medo, e aqueles que atrasaram a busca de auxílio por questões referentes à masculinidade.

Eu achava que era uma dor que ia passar, então fiquei esperando. Eu trabalhava muito. Nunca gostei muito de hospital e de médico, ainda mais com esses exames ruins que vocês mandam fazer. Por isso fiquei 5 anos até procurar o médico. (- in HAGM123).

Quando deu no exame alteração, eu sumi por uns dois meses, porque eu estava receoso de fazer esses exames. E como eu não sentia nada, não vi problema. Então, quer dizer que eu era forte né, sou homem. (- in JSB304).

Olha, eu não gosto dessas coisas não, eu sei que é saúde, mas eu não gosto. Esses exames aí que tem que fazer. (- in FSM213).

Um primeiro ponto de reflexão está vinculado à ideia preconcebida que envolve os exames de diagnóstico do câncer de próstata. Observa-se que os participantes do estudo não mencionam explicitamente o exame de toque retal. Em vez disso, referem-se a ele de forma indireta e simbólica com adjetivos como ‘exame ruim’ e ‘aquele exame’, sugerindo as percepções de temor e que o procedimento pode repercutir negativamente em sua masculinidade.

Os relatos dos participantes confirmam a literatura, mostrando que a ideia de masculinidade como sinônimo de força e invulnerabilidade leva os homens a evitarem cuidados médicos e exames que sugiram fragilidade. Isso é evidenciado nas narrativas em que associam a resistência em buscar cuidados médicos à sua masculinidade, e, na última fala, onde expressam aversão a procedimentos invasivos, como o exame de toque retal, visto como uma ameaça à identidade masculina. Essas atitudes refletem a construção social da masculinidade e seu impacto no comportamento dos homens com relação à saúde.

Muitos agravos de saúde poderiam ser evitados se a população masculina adotasse medidas de prevenção primária à saúde. A relutância em aderir medidas preventivas e de autocuidados é comum entre os homens, o que leva a um protelamento na busca de atendimento, o que, por sua vez, permite que as condições de saúde se agravem²⁸.

O constrangimento derivado de questões culturais, somado à escassez de informações e o temor de descobrir a doença, em razão das consequências secundária por trás, como a incontinência urinária e a disfunção sexual,

são alguns aspectos que contribuem para a não realização do diagnóstico e o tratamento precoce²⁹. A perspectiva masculina com relação ao exame de toque retal é influenciada por concepções preconcebidas que foram moldadas socialmente e estão ligadas à ideia de masculinidade, retratando o homem como alguém viril, robusto e invulnerável. Por isso, a banalização e a recusa à realização do exame³⁰.

O grande desafio em diagnosticar o câncer de próstata de forma precoce está relacionado a preconceitos e medos associados à masculinidade³⁰. O estudo de Silva³¹ analisa os itinerários terapêuticos de homens com câncer de próstata no interior da Paraíba. Destaca como a concepção de masculinidade perante o exame do toque retal é impeditivo para a busca do atendimento à saúde.

Mesmo que o toque retal seja uma medida preventiva de baixo custo³¹, é um exame que impacta o imaginário masculino e distancia os homens das ações de prevenção. As medidas preventivas são relacionadas à sexualidade dos homens, que as enxergam como uma ameaça à sua própria masculinidade³².

Há estudos que evidenciam como o toque retal viola a masculinidade, de forma que os homens o consideram a pior experiência que já lhes aconteceu em vida, e sugerem a necessidade de desenvolver alternativas para o exame³³. O exame de toque retal é visto não só como uma penetração física e simbólica, mas também como uma violação do masculino. Essa resistência contribui para a alta taxa de incidência de câncer de próstata em estágios avançados nos centros de saúde³⁴.

É evidente que, se não forem abordadas, essas atitudes e concepções ligadas à masculinidade continuarão a impedir a adoção de medidas de rastreamento e cuidados com a saúde masculina em geral. Os estereótipos em torno do exame de próstata desempenham um papel fundamental nos itinerários terapêuticos, com consequências significativas para os participantes da pesquisa, uma vez que o diagnóstico tardio impacta negativamente o prognóstico de saúde.

Durante a análise de dados, reconheceu-se a necessidade de apresentar os sentimentos antes e após o diagnóstico. Mais de 86% dos participantes relataram medo, tristeza e preocupação. Destacam-se as causas subjacentes: medo da morte, tristeza de enfrentar a doença novamente na família, temor de mostrar fraqueza, o receio de perder a imagem de provedor do lar e a preocupação com o bem-estar da família na sua ausência.

A relutância dos homens em buscar atendimento nos serviços de saúde ainda se origina no receio de descobrir uma doença grave, do simbolismo que envolve o câncer, como uma doença incurável, repleta de sofrimento e perdas. A população masculina associa a neoplasia maligna a uma enfermidade ligada à morte. Mesmo com progressos nos estudos que têm ampliado a expectativa de vida dos pacientes, as crenças populares persistem³⁴.

Os homens se deparam com limitações e fragilidades, além da necessidade de cuidados, até então negligenciada e vinculada ao feminino³⁵. O estudo de Silva³¹ retrata os itinerários de homens com câncer de próstata e destaca o medo, temor de morte e depressão como fatores emocionais que foram desencadeados após o diagnóstico.

Há um aspecto notável nas declarações dos entrevistados que diz respeito às questões ligadas à masculinidade. Nota-se isso em diversas categorias de análise, como a de 'Reação aos Sinais e Sintomas' e a de 'Sentimentos antes e após o diagnóstico'.

Ao traçar o itinerário terapêutico, é oportuno analisar como os usuários reagem à possibilidade de ter uma doença crônica. Procuram ajuda médica imediatamente ou não? Se não, quais são os motivos subjacentes? Além disso, é essencial compreender os sentimentos gerados pela possibilidade de ter uma doença e a confirmação do diagnóstico. Entender as preocupações e emoções durante a busca de tratamento é fundamental. A seguir, serão compartilhadas as falas dos participantes sobre os sentimentos que surgem antes do diagnóstico

Fiquei muito preocupado, tenho minha esposa e meu filho. Antes eu conseguia trabalhar pra sustentar eles, só que aí quando começou eu comecei a receber o auxílio-doença. Mas e se eu morrer, o que acontece com a minha família [?]. Eu que cuido deles, são meus responsáveis. Então eu fiquei preocupado mais com isso. (- in AFB707).

Eu fiquei preocupado, né? Até porque eu trabalho pra sustentar minha família, e como que eu ia parar tudo pra me tratar e ficar vivo. Isso me preocupava mais do que descobrir que eu estava com a doença ou não. (- in JJR983).

Além das respostas emocionais geradas pela possibilidade de um diagnóstico, observa-se que os participantes da pesquisa demonstram uma preocupação mais proeminente com relação ao bem-estar de suas famílias em caso de falecimento. Isso indica que a maior apreensão não reside tanto no medo da própria morte, mas na angústia de deixar a família em situação vulnerável. Para compreender esses sentimentos, é essencial contextualizá-los historicamente, considerando as expectativas tradicionais em torno do papel do homem na estrutura de relacionamento conjugal.

Os papéis sociais são construídos socialmente, interiorizados e naturalizados. A noção tradicional de masculinidade requer do homem o dever de ser o provedor da família e assumir uma posição autoridade, enquanto a mulher é vista como cuidadora dos filhos e dona de casa³⁵. Portanto, quando os participantes da pesquisa consideram a possibilidade de um diagnóstico de doença crônica, sua maior apreensão está relacionada a como a família ficará sem seu principal provedor. Entre os sentimentos após o diagnóstico da doença, encontram-se as seguintes falas:

Eu fiquei com medo de morrer. Eu que sustento minha família. Ganho meu aposento e minha mulher também, mas eu que cuido de tudo. Lá na Bahia eu ainda mexia com a minha rocinha, nunca fiquei parado. (- in DFJ009).

Fiquei tranquilo, porque eu sou homem, tenho que ser forte. (- in JSB304).

Eu não fiquei surpreso, porque na minha família todo mundo já teve e morreu dessa doença. Mas eu me preocupava com a minha família. Porque eu que cuido deles. Tive que largar meu emprego. E eu nunca deixei minha mulher trabalhar, porque ela tinha que cuidar da casa. (- in HAGM123).

Fiquei pensando e preocupado com a minha família, pensando em como eles vão ficar sem mim. Medo de morrer e deixar eles sozinhos no mundo. Sem o sustento pra eles. (- in AFB707).

Fiquei preocupado com minha esposa, nossos filhos já têm a vida deles, mas ela ficaria sem o velho dela. Eu que cuido dela. Sou o homem lá de casa. (- in JMF141).

Quando um homem recebe o diagnóstico de uma doença crônica, em especial, de câncer, ele se vê confrontado com fragilidades, necessidades de cuidados e limitações que, até então, eram, muitas vezes, negligenciadas e associadas ao papel socialmente atribuído às mulheres. Após a confirmação do diagnóstico do câncer, o indivíduo passa por um processo de mudanças e adaptações no seu cotidiano, devido à nova rotina que se estabelecerá em virtude do tratamento oncológico³⁵.

No estudo de Silva³¹, evidenciou-se que, após o diagnóstico de câncer de próstata, os participantes experimentaram diversas repercussões emocionais, tais como o medo da morte, ansiedade, culpa por adiar a busca de assistência médica e uma intensa preocupação com a situação financeira da família, além do sentimento de impotência e incapacidade.

Um ponto a ser analisado diz respeito à construção da masculinidade, que é uma construção social e histórica, moldada por fatores como religião, contexto temporal, sociedade e a perspectiva individual¹⁴. A masculinidade é, frequentemente, vista como uma posição de superioridade ocupada pelos homens na

sociedade ocidental. Nessa perspectiva, os homens são percebidos como viris, invulneráveis e encarregados do sustento¹⁶.

A categoria gênero desempenha um papel na compreensão da construção social da masculinidade, pois oferece insights sobre como as relações sociais entre os sexos são moldadas¹⁴. Segundo Korin³⁶, a ideia de adotar práticas preventivas relativas à saúde é frequentemente associada ao chamado ‘sexo frágil’, ou seja, ao feminino. Cuidar da saúde não é considerado uma prática tipicamente masculina, e os homens costumam ser menos presentes nos serviços de saúde em comparação com as mulheres³⁷.

Muitos entrevistados expressam preocupação com o sustento da família devido à visão histórica e social do homem como provedor. O conceito de ‘responsabilidade pela família’ reflete a pressão da ideologia patriarcal, pois não cumprir esses papéis sociais ameaça sua masculinidade. Conforme Couto e Gomes³⁸, uma das barreiras socioculturais é a concepção do homem como a figura provedora. Essa percepção está enraizada em uma construção social, na qual as responsabilidades dos homens são direcionadas para o sustento familiar, enquanto os cuidados em saúde ficam em segundo plano. Isso ocorre, pois o trabalho permite que o homem se sinta saudável por cumprir com seu papel social como provedor e chefe familiar.

O ambiente de trabalho é um espaço crucial para a construção da identidade do homem e a garantia de que este será a autoridade naquele seio familiar. É um local que transcende a dimensão financeira e econômica, pois proporciona sentimentos de confiança, autonomia e dignidade, além de promover a saúde mental e psíquica do indivíduo.

Portanto, a confirmação diagnóstica vem diante da impossibilidade do trabalho e faz com que os homens se sintam incapazes, inválidos. Os homens se reconhecem como seres produtivos, protetores e provedores, e a chegada do câncer gera sentimentos de tristeza e incapacidade³⁴.

Embora os papéis de gênero tradicionais influenciem as preocupações dos homens sobre sustentar suas famílias, essas preocupações estão ligadas à dependência financeira delas. Para homens que são principais provedores, sua capacidade de prover não apenas sustenta o lar, mas também determina acesso a recursos essenciais. Portanto, as preocupações dos homens com câncer de próstata não são apenas construções sociais, mas reflexos de suas responsabilidades econômicas como provedores familiares. No perfil dos participantes deste estudo, 83% estão inseridos em programas da Seguridade Social, sejam aposentados, beneficiários do auxílio-doença ou de Benefício de Prestação Continuada.

O Estado se mostra insuficiente na cobertura de direitos para indivíduos com doenças graves. Além disso, há um declínio na política de assistência social, evidenciado pela suspensão de benefícios socioassistenciais para pacientes oncológicos, tanto antes como durante a pandemia. Os Centros de Referência em Assistência Social estão sobrecarregados, levando pacientes a esperar mais de um ano pela aprovação do Benefício de Prestação Continuada. A transferência monetária não resolve as desigualdades sociais de forma eficaz, exigindo uma rede de proteção social ampla e universal.

Em suma, este estudo destaca a influência crítica da masculinidade nas decisões de cuidados com a saúde. Os resultados revelaram que concepções preconcebidas relacionadas ao exame de toque retal, o estigma associado à busca de assistência médica e a pressão da responsabilidade familiar desempenharam papéis decisivos no adiamento da procura de cuidados médicos. Além disso, a relação entre trabalho e masculinidade também se destacou como um fator significativo, com o diagnóstico de uma doença crônica frequentemente percebido como uma ameaça à identidade do homem como provedor da família.

Portanto, reconhecer e abordar essas complexas dinâmicas de gênero é fundamental para promover medidas preventivas e melhorar o

acesso aos cuidados de saúde, especialmente no contexto do câncer de próstata.

Considerações finais

Este estudo analisou a trajetória de 15 homens adultos diagnosticados com câncer de próstata, tratados no HUB entre 2019 e 2020, destacando a influência da masculinidade nas decisões de saúde. Os participantes tinham entre 47 e 88 anos, majoritariamente residentes no Distrito Federal ou no entorno, 60% autodeclarados negros e com baixa ou nenhuma escolaridade.

Este estudo de mestrado mapeou os itinerários terapêuticos de pacientes, destacando o impacto da pandemia em suas buscas de cuidados de saúde. Foram desenvolvidas categorias e subcategorias para apresentar os resultados de forma coerente. Ficou claro que questões de gênero, especialmente o conceito de masculinidade, desempenharam um papel crucial na busca de cuidados. Assim, decidiu-se compartilhar parte dos dados neste artigo.

Os dados revelaram discrepâncias notáveis entre os pacientes que buscaram atendimento médico imediatamente, muitas vezes, impedidos por preocupações familiares ou pelo medo, e aqueles que adiaram a busca de ajuda devido a questões relacionadas à sua identidade masculina.

Como limitações deste estudo, considera-se que se trata de um número pequeno de participantes, de modo que os achados do estudo não podem ser generalizados. Entretanto, valoriza-se a dimensão interpretativa e do significado atribuído pelos homens em seus percursos ao diagnóstico e tratamento oncológico, que se configuram em experiências desafiadoras decorrentes do processo de adoecimento.

A ideia preconcebida que associa o câncer de próstata diretamente ao exame de toque retal emergiu como um dos principais obstáculos à busca de cuidados preventivos. A relutância em adotar medidas de prevenção e autocuidado, influenciada por concepções enraizadas socialmente, bem como o receio de

enfrentar o diagnóstico da doença e as possíveis consequências, contribuem para a postergação da procura de assistência médica. Além disso, a noção de masculinidade influenciou diretamente a percepção do exame de toque retal, associando-o a uma ameaça à virilidade dos homens. Esse estigma e a recusa em realizar o exame repercutiram negativamente sobre a saúde dos participantes. Também foi destacada a preocupação dos participantes com o sustento de suas famílias, uma vez que a construção histórica e social dos papéis masculinos frequentemente os coloca na posição de provedores.

Em resumo, este estudo sublinha a importância de reconhecer e abordar as questões de gênero e masculinidade na busca de cuidados de saúde, particularmente, em casos de câncer de próstata. A compreensão dessas dinâmicas pode contribuir para a promoção de medidas preventivas e a busca de cuidados de saúde de forma mais eficaz. Superar os estereótipos em

torno do exame de próstata é fundamental para garantir o diagnóstico precoce e melhorar os prognósticos de saúde dos homens afetados por essa doença.

Colaboradores

Vieira GS (0000-0002-3648-7485)* contribuiu para elaboração do projeto de pesquisa, submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, realização da pesquisa empírica, análise de dados, bem como para a redação e revisão do manuscrito. Souza CG (0000-0001-6908-2604)* contribuiu para orientação na elaboração do projeto de pesquisa, participou do processo de análise de dados, redação e revisão do manuscrito. Díaz Bermudéz XPC (0000-0002-3771-7684)* contribuiu para revisão da primeira versão do projeto, análise de dados e de redação, bem como revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério de Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério de Saúde; 2008.
2. Gomes R, organizador. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
3. Bravo MIS, Pelaez EJ, Menezes JSB. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER_Social*. 2020;22(46):191-209. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630
4. Granemann S. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:e00305137. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00305>
5. Raichelis R, Arregui CC. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. *Serv Soc Soc*. 2021;(140):134-152. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>
6. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. “Eu não sou próstata, eu sou homem!”. Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 39-74

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Santos ROM, Abreu MM, Migowski A, et al. Decision aid for prostate cancer screening in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003467>
8. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, et al. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2021;45(esp2):68-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E205>
9. Vieira G. Itinerários Terapêuticos de homens com câncer de próstata do Hospital Universitário de Brasília à rede de atenção oncológica em tempos de pandemia da COVID-19 [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022. 198 p.
10. Teti M, Schatz E, Liebenberg L. Methods in the time of Covid-19: the vital role of qualitative inquiries. *Int J Qual Methods*. 2020;19:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406920920962>
11. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):204-221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
13. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
14. Lemos F. A representação social da masculinidade na religiosidade contemporânea. *Rev Div Religiosa*. 2008;1(1):1-17.
15. Eccel CS, Saraiva LAS, Carrieri AP. Masculinidade, autoimagem e preconceito em representações sociais de homossexuais. *RPCA*. 2015;9(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.12712/rpca.v9i1.11200>
16. Bourdieu PF. A dominação masculina. *E&R*. 2017;20(2):133-184.
17. Welzer-lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, editor. *Masculinidades*. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2004. p. 107-128.
18. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEF, et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(6):1975-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033>
19. Oliveira AMO. Não se nasce homem, nem necessariamente se torna: aproximação etnográfica a grupos de homens igualitários. *Rev Campo Saber*. 2017;3(2):11-30.
20. Pontes S. A influência da disfunção erétil na qualidade de vida de homens com câncer de próstata [dissertação]. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, Universidade católica de Brasília; 2018. 78 p.
21. Clemente KAP, Silva SV, Vieira GI, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:64. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>
22. Pereira Rêgo IK, Sampaio Nery I. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):379-390. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.503>

23. Moreira MA, Carvalho CN. Atenção Integral à Saúde do Homem: estratégias utilizadas por enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. *Sal & Transf Soc.* 2016;7(3):121-132.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca; 2002
25. Chaves RGR, Carneiro AMCT, Gomes CO, et al. Perfil socioeconômico de homens em um município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de próstata. *Saúde [Internet].* 2016 [acesso em 2023 out 30];9(5):37-56. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saude-Desenvolvimento/article/view/515>
26. Reinaldo AMS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde debate.* 2016;40(110):162-171. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611012>
27. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde debate.* 2017;41(115):1102-1115. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>
28. Morethe A. Idosos com câncer de próstata: uma análise da percepção dos direitos sociais. In: *Anais do 2º Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas*; 2018; Teresina. Teresina: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, UFPI; 2018.
29. Freitas MEM, Soares T, Souza LPS, et al. Exame de toque retal: a percepção de homens quanto à sua realização. *Rev Enferm UFPI.* 2015;4(4):8-13.
30. Souza ARA, Almeida SS, Oliveira DC. Análise estatística do câncer de próstata por meio da regressão logística. *Rev Bras Biom.* 2013;31(3):441-448.
31. Silva DT. Itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata na atenção básica: estratégias de promoção na saúde do homem [dissertação]. Santos: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos; 2021. 105 f.
32. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):697-704. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>
33. Carroll PR, Vickers AJ. Point/counterpoint: early detection of prostate cancer: do the benefits outweigh the consequences? *J Natl Compr Can. Netw.* 2014;12(supl5):768-771. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0186>
34. Aquino VV, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Lat-Am. Enfermagem.* 2007;15(1):42-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100007>
35. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, et al. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia.* 2014;22(1):67-78. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-06>
36. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc Lat-am.* 2001;2(2):67-79.
37. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385-1401. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
38. Couto MT, Gomes R. Men, health and public policies: gender equality in question. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(10):2569-2578. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira